CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIIIe SESSION
BARCELONE (21-26 MAI 1929)

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur Em. MIRA
Secrétaire Général de la XXXIIIe Session du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1929

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIIIe SESSION

BARCELONE (21-26 MAI 1929)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIIIe SESSION
BARCELONE (21-26 MAI 1929)

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur Em. MIRA

Secrétaire Général de la XXXIIIe Session du Congrès



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1929

PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

S. E. Dn. Eduardo AUNOS, Ministre du Travail, Président des Expositions de Barcelone et de Séville.

S. E. Dn. Emilio BARRERA, Capitaine général de Catalogne.

S. E. Dn. J. MILANS DEL BOSCH, Gouverneur civil de Barcelone.

S. E. Dn. Dario ROMEU, Baron de Viver, Alcalde de Barcelone.

S. E. Dn. Enrique LASSALA, Président de la Audiencia Territorial.

S. E. Dn. Jose Mª MILA, Comte del Montseny, Président de la Diputacion Provincial.

S. G. Monseigneur Jose MIRALLES SBERT, Evêque du Diocèse.

S. E. Dn. Eusebio DIAZ, Recteur de l'Université.

S. E. Dn. MARIANO DE FORONDA, Marquis de Foronda, Directeur de l'Exposition Internationale de Barcelone.

M. Gaston MORAWIECKI, Consul Général de France à Barcelone.

M. Robert CHAIDRON, Consul Général de Belgique à Barcelone.

M. F.-A.-E. NIPPEL, Consul Général de Suisse à Barcelone.

COMITÉ SCIENTIFIQUE D'ORGANISATION LOCALE

S. E. le Comte de FIGOLS, Député chargé du Département de l'Assistance publique.

Dn. Antonio ROBERT, Député chargé du Département de l'Instruction publique.

Dr Francisco ESQUERDO, Député chargé du Département de l'Hygiène.

Dr Eusebio OLIVER, Doyen de la Faculté de Médecine.

Dr Augusto PI Y SUNER, Président de l'Académie Royale de Médecine.

Dr J.-M. SACRISTAN, Président de l'Association Espagnole de Neuro-Psychiatrie.

Dr Angel FERRER Y CAJIGAL, Président de la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone.

Dr Manuel SAFORCADA, Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine.

Dr Tomas BUSQUET TEIXIDOR, Inspecteur des services psychiatriques de la Diputacion Provincial.

BUREAU DE LA XXXIIIe SESSION

Présidents

M. le Dr J. Gimeno-Riera, Directeur de l'Asile National d'aliénés de Saragosse.
M. le Dr Lalanne, Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Nancy, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville.

Vice-Président

M. le Professeur Abadie, de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Secrétaire général

M. le Dr Emilio Mira, Directeur de l'Institut d'Orientation professionnelle, Médecin du Service psychiatrique municipal de Barcelone (1).

Secrétaires des séances

M. le Dr Hacquard, Médecin-Chef à l'Asile de Quimper.
M. le Dr Merland, Médecin-Chef à l'Asile d'Aix.
M. le Dr Meignant, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

Professeur Abadie (de Bordeaux).
Dr Paul Courbon (de Paris).
Dr Ern. de Craene (de Bruxelles).
Dr Raoul Leroy (de Paris).
Dr M. Olivier (de Blois).
D^r van der Scheer (de Santpoort).
Secrétaire permanent : Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).

(1) Je tiens à remercier publiquement M. le Dr P. Meignant, secrétaire de séances, pour sa précieuse collaboration dans la préparation et l'impression de ce volume. E. Mira.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

BELGIQUE

Gouvernement belge : M. le Professeur Aug. Ley, de l'Université de Bruxelles, délégué officiel de M. le Ministre de la Justice.

Société de Médecine Mentale de Belgique : Dr Alexander, Dr Dardenne, Dr Rubens.

Société Belge de Neurologie : Dr Boulenger, Dr Ern. de Craene, Prof. Aug. Ley, Dr Vermeylen.

GRANDE-BRETAGNE

The Royal Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland : Dr Alexander-Walk, de l'Asile de Long Grove, Epsom.

CANADA

Province de Québec

L'Honorable Athanase David, Secrétaire d'Etat de la Province de Québec.

ESPAGNE

Association Espagnole de Neuro-Psychiatrie : Dr Sacristan (de Madrid), président.

Société de Psychiatrie et de Neurologie de Barcelone : Dr Ferrer y Cajigal, président de la Société, professeur à la Faculté de Médecine de Barcelone.

Délégation provinciale de Valladolid : Dr R. Valdiviéso.

Délégation provinciale de Valencia : Dr Nadal Conca.

ESTHONIE

Université de Tartù (Dorpat) et *Société de Neurologie Esthonienne :* M. le Professeur Puusepp.

FRANCE

Ministère de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts : M. le Professeur Jean Lépine, associé national de l'Académie de Médecine, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.

Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales : Dr Raynier, Inspecteur général adjoint des Services administratifs.

Ministère de la Guerre : M. le Médecin-Commandant Fribourg-Blanc, Professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé militaire.

Ministère de la Marine : M. le Médecin-Chef Hesnard, Professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé de la Marine.

Préfecture de la Seine : M. Grimaud, Directeur des Affaires Départementales.

Préfecture de Police : M. Vetel, Sous-Directeur chargé du Service des Aliénés et le Dr G. de Clérambault, Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale.

Commission de Surveillance des asiles de la Seine : M. Louis Dausset, Président et M. Paul Michaut, Secrétaire.

Société Clinique de Médecine mentale : M. René Charpentier, Président ; MM. Collet, Courbon, Fillassier, Pactet, Rodiet.

Société Médico-psychologique : M. Pierre Janet, Président ; MM. Courbon, Guiraud, Leroy et Pactet.

Société de Neurologie : MM. Babonneix, Président ; O. Crouzon, Secrétaire général ; Claude, Laignel-Lavastine, Ern. de Massary, Péron.

Société de Psychiatrie : M. Laignel-Lavastine, Président ; MM. H. Claude et Lévy-Valensi.

Société française de Psychologie : M. René Charpentier.

Société de Médecine légale : MM. H. Claude, Crouzon et Fribourg-Blanc.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux : M. le Dr Anglade.

Association française pour l'Avancement des Sciences : M. le Dr A. Satre, de Grenoble.

HOLLANDE

Neederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie : Dr J.-H. PAMEIJER, Médecin-Directeur de l'Asile Maasoord, près Rotterdam.

ITALIE

Societa italiana di Neurologia : Professeur A. DONAGGIO, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène.

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal : Dr BUFFET, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbrück.
Comité d'Hygiène Mentale du Grand-Duché : Dr WENGER.

NORVÈGE

Université d'Oslo et Société psychiatrique et neurologique de Norvège : Dr H. EVENSEN, Médecin-Directeur de l'Asile de Gaustad.

POLOGNE

Université de Wilno : Dr Stanislas WLADYCZKO, Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine.

PORTUGAL

Université de Coïmbra : M. le Professeur E. DE MOURA.

SUISSE

Société suisse de Neurologie : Dr Ch. DUBOIS, Secrétaire général.
Société suisse de Psychiatrie : Dr O. FOREL, Président.

TCHÉCOSLOVAQUIE

Université de Charles, à Prague : M. le Professeur Lad. HASKOVEC, et M. le Dr SEBEK, *privat-docent.*

RÉGENCE DE TUNIS

Dr PERRUSSEL, Médecin des Asiles publics, délégué officiel du Gouvernement de la Régence.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS

DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INSCRITS A LA 33e SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr Abadie, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.

Dr Antonio Abaunza, Ayudante Dr Banus, Goya, 39, Madrid.

Dr Adam, Médecin-Chef à l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Alaize, Médecin-Chef de l'Asile d'Aliénés Saint-Pierre, Marseille (B.-d.-R.).

Dr Luis Alcover, Rodoñá (Prov. Tarragona).

Dr Almeida Miranda, 52, rue Spontini, Paris.

Dr Anglade, Médecin-Chef de l'Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Mlle Ankes, Bakkum, N. H. (Hollande).

Dr Aranzamendi, Manicomio Zaldivar (Vizcaya).

Dr Armengol de Llano, Cros, 1, (Sans), Barcelona.

Dr Miguel Artigas Roca, Cortes, 576, Barcelona.

Dr M. Artigas, Sirvent.

Dr Aubry, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville, Nancy.

Dr Audemard, Directeur de la Clinique Médicale de Champvert (Lyon).

Dr Baronneix (L.), Médecin des Hôpitaux de Paris, 25, rue de Marignan, Paris.

Dr Badonnel (M.), 6, rue Wurtz, Paris.

Dr Barre (Jean-Alexandre), Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, 36, avenue Forêt-Noire.

Dr Beaussart, Médecin-Chef de l'Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).

Dr Bellido, Emancipación, torre, Sarriá, Barcelona.

Dr Bernat Carreras, Médico Director de la Clínica Mental, « Torre Campderá », Lloret de Mar.

Dr Billet, Médecin en Chef de la Maison de Santé de Sainte-Rech, 5, rue du Jeu-de-Paume, Montpellier.

Dr Binswanger, Bellevue, Kreuzlingen (Suisse).

Dr Boncour (Paul), 164, Fg Saint-Honoré, Paris.

Dr E. Borel, Hospice de Perreux, Neuchâtel (Suisse).

Dr Boulanger, Médecin-Directeur, Waterloo (Belgique).
Dr Bourguignon, Electro-Radiologiste de la Salpêtrière, 15, rue Royer-Collard, Paris.
Dr Bourilhet, Asile Sainte-Catherine, Moulins.
Dr Bravo Moreno, Salmerón, 76, Barcelona.
Dr Brissot, Médecin-Chef de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr Buffet, Maison de Santé d'Ettelbrück (Luxembourg).
Dr Busquets, Balmes, 26, Barcelona.
Dr Buvat, 130, rue de la Glacière, Paris.

Dr Caballero (Ramon), Médico Jefe del Manicomio de Logroño.
Dr Canivell, Balmes, 87, Barcelona.
Dr Castany (J.), Manicomio de Salt, Gerona.
Dr Catasus (J.), Rda. Universidad, 14, Barcelona.
Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine.
Dr Charon, 342, route de Médoc, Le Bouscat (Gironde).
Dr Chocreaux, 226, rue de Lille, à St-André.
Dr Claude (H.), Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, 89, bd Malesherbes, Paris.
Dr de Clérambault, Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale près la Préfecture de Police, Paris.
Dr Cohen (Jean) (Suisse).
Dr Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Dr Combemale, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 93, rue d'Esquermes, Lille.
Dr Conill Mataró (E.), Cortes, 649, Barcelona.
Dr Conill Sala (J.), San Pedro, 63 (Villa Rosa), Lloret de Mar.
Dr Córdoba (José), Bruch, 129, Barcelona.
Dr Coroleu, Aribau, 31, Barcelona.
Dr Cot, Instituto Médico Frenopático, Bruselas, Torre, Barcelona.
Dr Courbon, Médecin-Chef de l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine).
Dr de Craene (E.), Professeur agrégé à l'Université de Bruxelles.
Dr Crouzon, Médecin de la Salpêtrière, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.
Dr Hilario Cuevillas, Balmes, 30, Barcelona.
Dr Cullerre, 8, bd des Alliés, La Roche-sur-Yon (Vendée).

Dr Daday, Médecin-Chef de l'Asile de St-Maurice (Seine).
Dr Dardenne (E.), Médecin-Adjoint de la Maison de Santé de Dave (Belgique).
M. Dausset, 22, place St-Georges, Paris.
Dr Delmas (Paul), Ivry-sur-Seine.
Dr Demay, Médecin-Chef de l'Asile de Clermont-de-l'Oise (Seine-et-Oise).
Dr Desruelles, Médecin-Chef de l'Asile de St-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Dodero, Médecin-Chef de l'Asile de Bron (Rhône).
Dr Donaggio, Professeur à la Faculté de Médecine de Modène, Via B.-Ramazzini, 4.
Dr Drouet, 30, avenue Anatole-France, Nancy.
Dr Dubois (Ch.), 32, rue du Mail, Blois.
Dr Duboisière (Ch.), 32, rue du Mail, Blois.
Dr Dubordière, Asile Départemental d'Aliénés, Breuty-la-Couronne.
Dr Dumolard, 64, rue de l'Isly, Alger.
Dr Durich (J.), Inspector Provincial de Sanidad, Palma de Mallorca.

Dr Ensch, 36, avenue Voltaire, Schaerbek (Belgique).
Dr Escalas Real, Director Mañicomio, Palma de Mallorca.
Dr Escardo (Guillermo), Provenza, 195, Barcelona.
Dr Escardo (José-Ma), Avenida Alfonso XIII, 371, Barcelona.
Dr Euzière, Professeur à la Faculté de Médecine, 12, rue Marceau, Montpellier.
Dr Evensen, Asile de Ganstad, Vinderen, Oslo (Norvège).
Dr Ey (H.), Interne des Asiles de la Seine, Ste-Anne, rue Cabanis, Paris.

Dr Farreras, Putxet, 35, Barcelona.
Dr Feijoo Santos, Alameda de Urquijo 16, Bilbao.
Dr Fenayrou, Médecin-Directeur de l'Asile Public d'Aliénés de Rodez.
Dr Ferrer Cajigal, Avenida del Tibidabo, 25, torre, Barcelone.
Dr Ferrer Solervicens, Cortes, 649, Barcelona.
Dr Fillassier, Directeur de la Maison de Santé du « Château de Suresnes », 10, quai Galliéni, à Suresnes.
Dr Fischer de May, Bubenbergplatz, 7, Berne.

Dr Foley, Médecin Lt-Colonel, 6, rue Félix-Faure, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Fonoll, Sicilia, 24, Barcelona.
Dr Forel, Médecin-Directeur de la Métairie, Nyon.
Dr Foz Bello (R.), Princesa, 20, Barcelona.
Dr Fribourg-Blanc (A.), 15, rue Fays, Saint-Mandé.
Dr Fromenty, Médecin-Directeur en Chef de la Maison de Santé de Lorquin.
Dr Fuster (J.), Consejo de Ciento, 325, Barcelona.

Dr Garcia (M.), Bailen, 63, Barcelona.
Dr Gassiot, Médecin-Chef de la Maison de Santé Départementale de la Seine-Inférieure, à St-Yvon, St-Etienne-du-Rouvray.
Dr Germain, Espalter, 7, Madrid.
Dr Gimeno Riera, Paseo Pamplona, 2, dup, Zaragoza.
Dr Glorieux, 215, avenue Tervueren, Woluwe, Bruxelles.
Dr Gonzalez Deleito, Comandante Médico Militar, Princesa 41, Madrid.
Dr Gorriti (F.), Bulnes 945, Buenos-Aires (Argentine).
Dr Gotor Gonzalez, Manicomio Provincial, Sevilla.
Dr Guichard, Médecin-Chef de l'Asile Ste-Marie, à Nice.
Dr Guillain, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, 215, bd Saint-Germain, Paris.
Dr Guillerm, Asile de Rennes, Rennes.
Dr Guineaud, 2, rue Lobau, Paris.
Dr Guiraud, Médecin-Chef de l'Asile de Villejuif, 54, avenue de la République, Villejuif.
Dr Guisan (P.), Médecin-Directeur de l'Etablissement Médical de l'Ermitage, Vevey-la-Tour (Suisse).

Dr Hacquart, Médecin-Chef de l'Asile de Quimper.
Dr Hamel, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville (près Nancy).
Dr Hansen, Maison de Santé d'Ettelbrück (Luxembourg).
Dr Haskovec (L.), Professeur à la Faculté de Médecine de Prague (Tchécoslovaquie).
Dr Haushalter, 15, rue de la Ravinelle, Nancy.
Dr Hesnard (A.), 4, rue Peirex, Toulon (Var).
Dr Heuyer, Médecin des Hôpitaux de Paris, 74, bd Raspail, Paris.
Dr Homedes (J.), Córcega, 223, Barcelona.

Dr J. Ibusquiza, Barcelone.
Dr Ivanoff (G.), Médecin-Adjoint à l'Ermitage, Vevey-la-Tour.

Dr JUNCOSA (J.), Enrique Granados, 30, Barcelona.

Dr M. DE KERDREL, Paladru (Isère).

Dr REBOUL-LACHAUX, 8, bd Salvator, Marseille (B.-du-R.).
Dr LAFORA, Lope de Vega, 55, Madrid.
Dr LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris.
Dr LALANNE, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr LE GRAND (A.), Professeur à la Faculté libre de Médecine, 243, rue Nationale, Lille.
Dr LÉPINE (J.), Doyen de la Faculté de Médecine, 1, place Gailleton, Lyon.
Dr LEROY, Médecin-Chef de l'Asile Ste-Anne, Paris.
Dr LEY (A.), Professeur à la Faculté de Médecine de Bruxelles, 9, avenue Fond'Roy, Uccle, Belgique.
Dr LOGRE, Médecin-Adjoint de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, 49, avenue Montaigne, Paris.
Dr LOPEZ-ALBO, Directeur de la Casa Lalud, Valdecilla (Santander).
Dr LONG, 15, bd Helvétique, Genève (Suisse).

Dr MAHON, Hôpital-Hospice, Ste-Anne, Mont-de-Marsan.
Dr MARQUE, 10, rue Gachet, Pau.
Dr MARTINEZ-FERNANDEZ (J.), Hospital Valdecilla (Santander).
Dr MASOLIVER (Ignacio), Muntaner, 42, Barcelona.
Dr MASQUIN, St-Didier (Vaucluse).
Dr DE MASSARY (E.), Médecin de l'Hôpital Baujon, 99, rue Miromesnil, Paris.
Dr MASSAUT (J.), Médecin-Directeur de la Colonie Provinciale de Lierneux (Belgique).
Dr MAUPATÉ, Maison de Santé, Bailleul (Nord).
Dr MAZA, Córcega 241, Barcelona.
Dr MEDAKOVITCH, Asile Ste-Anne, Paris.
Dr MEET DE PENINGHEN, 36, rue Courasib, Schaerbeck (Belgique).
Dr MEEUSEN (J.), Médecin de la Colonie d'Aliénés de Gheel (Belgique).
Dr MEIGNANT, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine, 45, rue d'Ulm, Paris.
Dr MENAU, Médecin-Chef de l'Asile de Fains-les-Sources (Meuse).

Dr Merland (A.), 13, rue Chabrier, Aix-en-Provence.
Dr Mestre-Rovira (E.), Cortes, 531, Barcelona.
Dr Mezie (A.), Médecin-Chef de l'Etablissement Psychothérapique, Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Dr Michaut, Chef de Bureau de la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, Paris.
Dr Michielsen, 144, avenue de France, Anvers.
Dr Minkowski, 2, square Delambre, Paris.
Dr Mira (E.), Rambla Cataluña, 121, Barcelona.
Dr Mir-Pena (J.), Presidente del Colegio de Médicos de Mallorca.
Dr Moles (Odon), Manicomio Nueva Belen, Barcelona.
Dr Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux.
Dr Monestrier, Médecin-Chef de l'Asile d'Aliénés de Pau.
Dr Moniz (Egaz), 18, avenida Ruiz Bivar, Lisbonne.
Dr Montal, San Baudilio de Llobregat.
Dr Morales (M.), San Baudilio Llobregat.
Dr Morat, 2, avenue Pozzo di Borgo, Saint-Cloud.
Dr Morel, Médecin-Chef de l'Asile de Fains-les-Sources (Meuse).
Dr Morlaas, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine, 130, rue de Grenelle, Paris.
Dr Mur Serra, Concejal del Excmo. Ayuntamiento de Barcelona.

Dr Nathan (M.), 17, villa Scheffer, Paris.
Dr Nayrac (Paul), Chef de Clinique Psychiatrique à la Faculté de Médecine, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Olano (Victor), Casa de Salud de Santa Agueda, Mondragón.
Dr Olaran (H.), Director Facultativo de las Casas de Salud de Santa Agueda, Mondragón.
Dr Olivier, Médecin-Chef de l'Asile de Lehons (Ile-et-Vilaine).

Dr Pactet, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine, 17, rue Auguste-Comte, Paris.
Dr Pages, Aragón, 376, Barcelona.
Dr Pailhas, Médecin-Chef de l'Asile d'Aliénés d'Albi.
Dr Pameijer, Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique Municipal de Maasoord, Rotterdam.
Dr Pañella, Taulat, 58, Barcelona.

Dr Parant, 17, allée de Garonne, Toulouse.

Dr Piétri, Médecin-Chef de l'Asile St-Pons, 3, avenue du Maréchal-Foch, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Peña (José), Casa de Salud de Santa Agueda, Mondragón.

Dr Peris (J.), Avenida República Argentina, 168, Barcelona.

Dr Péron, 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine).

Dr Perpina, Diputación, 278, Barcelona.

Dr Perrin, Professeur à la Faculté de Médecine, 5, rue de l'Hôpital-Militaire, Nancy.

Dr Perrussel, Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique, Manouba (Tunisie).

Dr Peyri (J.), Aragón, 270, Barcelona.

Dr Pons-Balmes, Aribau, 135, Barcelona.

Dr Porc'her, Médecin-Chef de l'Etablissement Départemental de la Somme, Dury-lès-Amiens.

Dr Porot, Professeur à la Faculté de Médecine, 29, rue Mogador, Alger.

Dr Prince, Asile de Rouffach.

Dr Raviart, Professeur à la Faculté de Médecine, 91, rue d'Esquermes, Lille.

Dr Rayneau, 28, avenue Bordeaux, Chamalières.

Dr Renaux, Médecin-Chef à l'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

Dr René, 3, rue de l'Amiral-de-la-Réveillère, Brest.

Dr Répond, Malevoz Monthey (Suisse).

Dr Requet, Médecin-Chef de l'Asile Départemental d'Aliénés de Sarreguemines (Moselle).

Dr Ribas-Pujol (P.), Princesa, 52, Barcelona.

Dr Robert, 37, rue Rouget-de-l'Isle, Auch.

Dr Rodriguez-Arias, Rambla Cataluña, 97, Barcelona.

Dr Rodriguez-Morini, Rambla Cataluña, 97, Barcelona.

Dr Roger (Henri), Professeur à la Faculté de Médecine, 66, bd Notre-Dame, Marseille.

Dr Rogues de Fursac, Médecin-Chef des Asiles de la Seine, 52, avenue de la République, Villejuif (Seine).

Dr Rougean, 12, rue Dagobert, Saint-Lô (Manche).

Dr Rubens, Lede (Belgique).

Dr Ruiz-Maya, Osario, 16 y 18, Córdoba.

Dr Saforcada, Paseo Triunfo, 7, Barcelona.

Dr Sampol (J.), Director Hospital, Palma de Mallorca.

Dr Santenoise, Sr. Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Sarró, Provenza, 175, Barcelona.
Dr Satre (A.), 3, place aux Herbes, Grenoble.
Dr Saussure, Tertasse, 21, Genève.
Dr Le Savoureux, 87, rue de Chateaubriand, Châtenay-Malabry.
Mme le Dr Le Savoureux, 87, rue de Chateaubriand, Châtenay-Malabry.
Dr Sebek (J.), 21, Karlovo, niem, Prague.
Dr Semelaigne, 59, bd de Montmorency, Paris.
Dr Singla (V.), Aragón, 285, Barcelona.
Dr Soler-Dopff (C.), Valencia, 229, Barcelona.
Dr Soler-Martin, C. Lauria, 82.
Dr Solervicens (F.), C. Gerona, 16, Barcelona.
Dr Sóley-Gely, Rambla Estudios, 12, Barcelona.
Dr Soller, 14, rue Clément-Marot, Paris.

Dr Tacheron, 8, passage Solférino, Pau.
Dr Tolosa, C. junqueras, 14, Barcelona.
Dr Torras, Rambla Cataluña, 89, Barcelona.
Dr Torres-Lopez (A.), Granvia, 36, Granada.
Dr Tournay (A.), 81, rue Saint-Lazare, Paris.
Dr Tousa, Junqueras, 15, Barcelona.
Dr Trias (A.), Diputación, 305, pral, Barcelona.
Dr Trinchet (R.), Rda. Sn. Pedro, 27, Barcelona.

Dr Ulmann, 7, rue Belfort, Besançon.
Dr Urdaniz (V.), Médico Interno del Manicomio Nacional de Zaragoza.

Dr Valdivieso, Manicomio Provincial de Valladolid.
Dr Lévy-Valensi, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, 37, av. Victor-Hugo, Paris.
Dr Valentí, (I.-J.), Médico del Manicomio Provincial de Mallorca.
Dr Van-der-Scheer (W.-M.), Santpoort-Station (Hollande).
Dr Van-Dessel, Médecin-Adjoint de la Maison de Santé Norbert, Duffel, Province d'Anvers (Belgique).
Dr Vermeulen, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles.
Dr Verstraeten, Médecin en Chef de l'Institut Caritas, Melle (Belgiqu

Dr Vervaeck (L.), 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).
M. Vetel, Directeur du Service des Aliénés à la Préfecture de Police, Paris.
Dr Vidarte, C. Garibay 5 (San Sébastian).
Dr Viel (B.), Médecin-Chef de l'Asile du Bon-Sauveur, Pont-l'Abbé, Picauville (Manche).
Dr Vieux, Médecin de l'Etablissement Hydrothérapique de Divonne-les-Bains.
Dr Vignaud, 114, rue du Bac, Paris ; et 2, rue Falret, Vanves (Seine).
Dr Vilaseca (Reus), Instituto, Pedro Mata.
Dr Vullien, 93, rue d'Esquermes, Lille.

Dr Walk, Long Grove Mental Hospital Epsom, Surrey (Angleterre).
Dr Welti (Max).
Dr Wenger (Ernst), Médecin au Sânatorium de Bellevue, Kreuzlingen (Suisse).

Dr Zand, 8, rue Sniadeckich, Varsovie (Pologne).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Adam.
Mme Alaize.
Mlle Anglade.
Mlle Arias (A.-R.).
Mlle Armand.
Mlle Armand.
Mlle Artigues-Sirvent.
Mlle Artigues-Sirvent.

Mme Binswanger.
Mr. Binswanger (Robert).
Mme Boulanger.
Mme Bourguignon.
Mme Brissot.

Mme Canivell.
Mme Castany.
Mme Charpentier.
Mme Claude (H.).
Mlle Claude.
Mme Collet.
Mlle Collet.
Mme Conill.
Mme Coroleu.
Mme Courbon.
Mme Cuevillas.

Mme Daday.
Mlle Daday.
Mme Dardenne.
Mme Dodero.
Mme Drouet.
Mme Dubois.

Mme Ensch.
Mr. Escardó-Monté.

Mme Farreras.
Mlle Farreras.
Mme Fillassier.
Mme Fischer-de-May.
Mme Fonoll.
Mme Forel.
Mme Fribourg-Blanc.

Mme Gassiot.
Mme Guillerm.
Mme Guiraud.
Mme Guisan.

Mlle Juncosa (D.-J.).

Mme Lépine.
Mme Ley.
Mme Logre.

Mme Mahon.
Mr. Mahon.
Mlle Mahon.
Mlle Malo.
Mr. Manuel-Moles (D.).
Mr. Mataró (A.).
Mme Mézie.
Mme Michielsen.
Mlle Michielsen.
Mme Vda de Mira.
Mme Mira.
Mme Molin.
Mme Montal.
Mlle Montal.
Mlle Mur-Serra.
Mr. Mur-Serra.
Mr. Mur-Serra.

Mr. Negrete (J.).
Mme Negrete.
Mlle Negrete.
Mlle Negrete.

Mme Pallhas.
Mme Pameijer.
Mme Parant.
Mme Péris.
Mme Péron.
Mme Pietri.
Mme Porc'her.

Mme Rayneau.
Mme Répond.
Mme Robert.
Mr. Rodriguez (G.).
Mme Rodriguez-Arias.
Mme Rodriguez Arias de Morini (T.).
Mr. Rodriguez-Arias (Antonio).
Mme Rougean.
Mr. Rougean.

Mme Satre.
Mme Soley-Gely.

Mme Tacheron.
Mme Torras.
Mme Tolosa.
Mlle Tolosa.
M. Tornare.
Mme Trinchet.
Mlle Trohuete.

Mme Vermeylen.
Mme Verstraeten.
Mme Vignaud.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Asile de Chartreux, Dijon (Côte-d'Or).
Asile Public de Stephansfeld (Haut-Rhin).
Asile Départemental de l'Allier pour le traitement des maladies mentales.
Asile Départemental d'Aliénés de Lorquin.
Asile de Maréville, près Nancy.
Asile d'Aliénés de Saint-Lizier (Ariège).
Asile Privé d'Aliénés du Bon-Sauveur, Albi.
Asile d'Aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).
Asile d'Aliénés de Breuty.
Asile d'Aliénés de Beauregard, Bourges.
Asilo Municipal del Parque, Barcelona.
Asociación Española de Neuropsiquiatria, Barcelona.
Asile de Bon-Sauveur à Caen (Calvados).
Asile de Vauclaire (Dordogne).
Asile d'Aliénés de Clermont (Oise).
Asile d'Aliénés de Rodez.
Casa de Salud Valdecilla (Santander).
Colonie familiale de Dun-s.-Auron (Cher).
Hospice de Pontorson.
Etablissement Psychothérapique du Loiret.
Hospital Provincial de Palma de Mallorca.
Instituto Médico Frenopático (Las Corts), Barcelona.
Maison de Santé d'Ettelbrück.
Manicomio Nueva Belen, Barcelona.
Maison de Santé de Hoerdt (Bas-Rhin).
Manicomio Provincial de Palma de Mallorca.
Manicomio Zaldivar (Vizcaya).
Sociedad de Psiquiatria y Neurologia de Barcelona, Lauria, 7.
Sanatorio « Buenavista », San-Justo Desvern, Barcelona.
Sanatorio San Esteban, Oyarzun (Guipuzcoa).

RÈGLEMENT

DU

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

But, siège et composition du Congrès

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou d'un pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance aux malades atteints de troubles nerveux ou mentaux.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est, au minimum, de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, l'autre l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents doivent être médecins français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 50 fr. pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisation.

Les établissements destinés au traitement des troubles nerveux ou mentaux peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de 30 fr. pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour les voyages ou excursions.

Chaque session comporte :

Un président, qui était le vice-président de la session précédente ;

Un vice-président, qui deviendra de droit président de la session suivante ;

Un secrétaire général (et un secrétaire général adjoint, si l'assemblée générale en décide ainsi).

Le président et le secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Le secrétaire permanent du Congrès et le secrétaire général de la session ont pleins pouvoirs pour toucher les subventions allouées au Congrès et pour donner quittance. (Décisions des Assemblées générales tenues au Puy le samedi 2 août 1913, et à Genève le mercredi 4 août 1926).

Comité permanent

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (Décision de l'Assemblée générale, session de Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le président de la session ;

Le vice-président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante) ;

Six membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles;

Un secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le président et le secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le président et le secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le secrétaire général informe le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du président de la session actuelle, est assisté par :

Le vice-président et le secrétaire général de la session ;

Les présidents et secrétaires généraux des sessions antérieures.

Le secrétaire permanent, ayant recueilli pendant l'année les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent parmi les différentes propositions celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le président de la session, assisté du secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le vice-président de la prochaine session, lequel deviendra de droit président deux ans plus tard ;

3° Le secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement des deux membres les plus anciennement élus au Comité permanent.

Il est dressé un procès-verbal signé par le président et le secrétaire général de la session.

Ces élections du vice-président de la prochaine session et celles des membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. Constitution du Bureau

L'ouverture du Congrès à lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le président de la session. Après les allocutions des personnalités officielles, le président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le président et le vice-président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du secrétaire général, constituent le bureau du Congrès. Ils désignent des présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le bureau ainsi constitué a la direction des travaux du Congrès.

Le président ou le vice-président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les divers présidents d'honneur.

Le bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application

du règlement et prend pendant la durée du Congrès telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du secrétaire général et du secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de psychiatrie ;

2° Une question de neurologie ;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance neuro-psychiatrique, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour la même question.

La désignation des rapporteurs n'est définitive qu'après acceptation par eux du règlement.

Les manuscrits dactylographiés des rapports doivent être remis au secrétaire général, deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les *rapports* consistent en un simple programme de discussion, avec conclusions, dont la longueur ne doit pas dépasser *vingt-huit pages* d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du secrétaire général, d'accord avec le secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les membres du Congrès qui doivent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture de la session.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la *discussion* doit remettre au secrétaire général, avant la fin de la session, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser *une page* d'impression.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et discussions

Les membres adhérents du Congrès peuvent faire des *communications orales* sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance neuro-psychiatrique. Le nombre de ces communications est limité à trois pour chaque membre adhérent, la troisième ne pouvant être faite que lorsque la liste des autres communications sera épuisée.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les titres des communications doivent être adressées au secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations, de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le secrétaire

général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au secrétaire général, au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu les communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressées à l'avance au secrétaire général (15 jours au moins avant l'ouverture du Congrès), doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au secrétaire général, au plus tard un mois après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les *communications in extenso* ne doivent pas dépasser *quatre* pages d'impression. Il n'est accordé qu'une page pour les discussions.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni un texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au secrétaire général à la date prescrite ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus. Toutefois, dans ce cas, le secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou par les secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions. Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session.

En cas de difficulté, le secrétaire général avise le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

Lorsque le nombre de pages accordé par le règlement pour les rapports, communications ou discussions sera dépassé, les frais d'impression supplémentaires seront à la charge des auteurs, étant entendu qu'en aucun cas (et même aux frais de l'auteur) le secrétaire général ne devra accepter des textes ayant le double du nombre de pages accordé par le présent règlement. (Décision de l'Assemblée Générale tenue à Blois le 27 juillet 1927).

SÉANCES DU CONGRÈS
PRÉSIDENTS DES SÉANCES

Les séances du Congrès ont été tenues successivement au Palais de la Diputacíon Provincial de Barcelone, à la Faculté de Médecine de Barcelone, à l'Institut Pedro Mata de Reus (Province de Tarragone), et à la Clinique Psychiatrique de San Baudilio de Llobregat.

Elles ont été présidées par MM. les Drs *J. Gimeno-Riera* et *Lalanne,* Présidents, *J. Abadie,* Vice-Président du Congrès, *G. de Clérambault,* Médecin-chef de l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de Police (de Paris), *A. Donaggio,* Doyen de la Faculté de Médecine de Modène (Italie), *Ch. Dubois,* Secrétaire général de la Société suisse de Neurologie, *H. Evensen,* Professeur à l'Université d'Oslo (Norvège), *Fribourg-Blanc,* professeur agrégé au Val-de-Grâce (Paris), *Auguste Ley,* Professeur à l'Université de Bruxelles (Belgique), *Emilio Mira,* Directeur du Service Psychiatrique de la maison de repos « Bonavista » (Barcelone), *A. Rodriguez-Morini,* Médecin-Directeur de l'Asile de San Baudilio de Llobregat, et *Van der Scheer,* Médecin en Chef, Directeur de l'Etablissement de Santpoort (Hollande).

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance inaugurale de la XXXIII[e] Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française a eu lieu le mardi 21 mai, à 10 h. 30 du matin, au Palais de la Diputacíon Provincial.

Les discours suivants ont été prononcés :

Son Excellence, Mr. MILA Y CAMPS, Président de la Diputacíon Provincial de Barcelone :

MESDAMES ET MESSIEURS,

Au nom du Gouvernement espagnol et de la « Diputacíon Provincial » de Barcelone, je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue et de vous dire combien nous avons été touchés par l'accueil que vous avez fait à notre invitation de tenir la 33[e] Réunion de votre Congrès chez nous, à l'occasion de notre Exposition Internationale.

Notre ville se trouve, à l'heure actuelle, dans un moment d'activité extraordinaire : son attention est prise par des événements multiples : scientifiques, politiques et sociaux, qui vont se dérouler durant cette semaine ; mais, malgré cela, elle saura vous rendre hommage et je peux vous dire que tous nous suivrons vos débats avec un grand intérêt.

Je suis, malheureusement, obligé de vous quitter à présent, pour assister à la séance inaugurale du Pavillon Français à l'Exposition. Nous aurons l'occasion de nous revoir bientôt ; mais, en attendant, je renouvelle mon offre, tant au point de vue officiel que comme particulier, et je vous dis : Vous êtes chez vous.

M. le D[r] Auguste LEY, Professeur, délégué du Gouvernement belge :

Chargé de représenter le Gouvernement belge à ce Congrès, j'apporte à la fière nation espagnole le salut fraternel et recon-

naissant de mon pays. Jamais on n'oubliera, en Belgique, l'aide généreuse et l'appui moral que vous nous avez apportés durant la période la plus cruelle de notre histoire contemporaine. Après l'entrée en guerre de l'Amérique, c'est le Comité hispano-néerlandais qui prit sur lui seul l'œuvre du soutien matériel de la population civile, et nous savons que son activité généreuse ne se limita point à ce côté essentiel, mais sut intervenir constamment lorsqu'il y eut des cruautés à refréner et des iniquités à combattre. Dans un pays comme le nôtre, où l'amour de la liberté, surtout celle de la Pensée, et la haine de l'oppression, constituent depuis des siècles un véritable acte de foi national, l'appui d'une grande nation comme l'Espagne devait nous être, dans cette période tragique, d'un merveilleux réconfort. Nous en gardons le souvenir ému et sommes heureux de pouvoir vous en exprimer notre profonde reconnaissance.

Quant au Congrès, Mesdames et Messieurs, nos liens d'amitié avec la France nous y ramènent annuellement et le Gouvernement belge s'y intéresse d'autant plus qu'il a gardé le souvenir récent des deux brillantes sessions de vos travaux tenues en Belgique, et qu'une des questions traitées par vos rapporteurs intéresse précisément certaines réalisations pratiques, dans la voie desquelles notre pays est entré.

C'est vous dire que le Gouvernement belge suivra la session tenue dans cette belle ville, au nom sonore, au passé glorieux, au présent si actif et si constructeur, avec un intérêt agissant, et qu'il lui souhaite très cordialement un vif succès.

M. le Docteur Alexander Walk, délégué de la « Royal Medico-psychological Association » (Grande-Bretagne), parle au nom de ses collègues, les médecins neuro-psychiatres anglais, pour présenter leur adhésion au Congrès et lui souhaiter le plus grand succès dans ses travaux.

L'Honorable Athanase David, Secrétaire d'Etat de l'Instruction Publique de la Province de Québec (Canada), exprime en termes particulièrement éloquents l'adhésion de la Province de Québec à l'œuvre de ces Réunions et déclare que le Gouvernement dont il fait partie suit avec un grand intérêt ces débats, auxquels il souhaite le plus grand succès scientifique.

M. le Dr B. Rodriguez-Arias (de Barcelone), délégué de la « Asociación española de Neuropsiquiatras » :

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Au nom du Conseil directeur de l'Association espagnole de Neuropsychiatrie, et par délégation personnelle du Président et du Vice-Président, je prends la parole pour vous remercier, tout d'abord, vous médecins de langue française, d'avoir accepté l'invitation amicale que nous vous avions adressée, en 1928, à Anvers.

Le docteur Gimeno-Riera, président local du Congrès, a l'intention de vous manifester quels sont nos sentiments cordiaux à l'égard de cette série glorieuse de Congrès. Je n'oserai rien dire après lui, car il est un psychiatre très distingué, maître dans l'expression élégante et précise de la pensée.

Il s'agit de discuter, ensemble, les différents problèmes concernant les maladies nerveuses et mentales. Eh bien ! nous vous serons très reconnaissants de bien vouloir nous faire des objections, au cours des visites à nos établissements cliniques, chaque fois que vous l'estimerez opportun et nécessaire. Nous avons un esprit scientifique très large, — c'est indiscutable, — et nous désirons constamment profiter des enseignements de n'importe quel pays. Mais la France occupe peut-être une place d'honneur dans notre cœur, car elle est toujours le cerveau fraternel qui dirige les Réunions comme celle-ci.

Nous espérons que votre séjour à Barcelone vous sera aussi agréable que l'ont été pour nous, dernièrement, les visites à Paris, Genève, Blois et Anvers.

Soyez les bienvenus, nos chers amis, et tâchez de revenir en Espagne, encore une fois, d'ici peu d'années.

M. le Professeur Puussepp, au nom de l'Université de Tartu et de la Société de Neurologie esthonienne, salue ses collègues français et espagnols, adresse des paroles aimables à la ville de Barcelone (qu'il connaissait déjà), et exprime ses vœux pour le plus grand succès scientifique des travaux de cette session.

M. Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, Associé National de l'Académie de Médecine, au nom du Gouvernement français :

Excellence,
Mesdames, Messieurs,

C'est un honneur, dont je sens le prix, que de représenter les divers Ministères français intéressés, soit celui de l'Instruction Publique, celui de l'Intérieur, celui du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, ceux de la Guerre et de la Marine, à ce Congrès, tenu pour la première fois sur cette terre d'Espagne, à laquelle nous attachent des liens si forts, provenant à la fois de la pensée et du sentiment, que c'est par une fiction en quelque sorte naturelle que nous avons pu prolonger jusqu'à elle cette réunion de langue française.

Après l'inauguration de la Casa Velasquez, après l'ouverture du tunnel de Canfranc, au milieu de toutes les solennités qui vont fêter le succès de votre magnifique Exposition, notre Congrès, dans une sphère plus modeste et d'une manière plus discrète, témoigne du désir de nos nations de rénover l'antique tradition qui, si souvent dans le passé, a fécondé les échanges intellectuels entre l'Espagne et la France.

Médecins, fils d'un pays cruellement éprouvé par la guerre, et qui ne trouve pas, dans la diminution temporaire de ses ressources matérielles, le moyen de lutter comme il le voudrait contre les grands fléaux sociaux, où trouverions-nous meilleurs exemples qu'auprès de ce peuple laborieux et sobre, qui consacre présentement un si bel effort aux œuvres d'assistance, notamment dans ce Barcelone, modèle des cités modernes ? Et pour tout dire, pourrions-nous oublier que le souverain de ce peuple généreux, S. M. Alphonse XIII, a été, aux heures les plus douloureuses que nous ayons traversées, pour tant de familles françaises, l'espoir suprême et le bienfaiteur béni ?

Aliénistes et neurologistes, où trouverions-nous plus pures leçons que dans ce pays, qui n'est pas seulement celui de Ramon y Cajal, mais aussi de toute cette pléiade de chercheurs qui, dans leurs services ou leurs laboratoires, sont en train de nous édifier la neuro-biologie de demain ? Ici même, une Ecole physiologique hors de pair, ailleurs, une Ecole

endocrinologique, d'autres encore, des noms qu'il est inutile de citer, noms qui sont sur toutes les lèvres, noms internationaux.

De tout temps, et surtout dans le cours du dernier siècle, tous les maîtres de la pensée française, de Victor Hugo à Barrès, ont connu, fréquenté, aimé l'Espagne. Notre grand Charcot, on ne le sait pas assez, était pour elle un pèlerin passionné. Ceux qui ont été reçus dans sa maison — il n'en reste pas beaucoup aujourd'hui, — se souviennnt d'y avoir rencontré, comme un des familiers les plus intimes, un homme qui déjà, à cette époque, et plus encore depuis, a exercé une influence particulièrement heureuse sur les relations entre nos pays, en représentant pendant de longues années S. M. le Roi d'Espagne, à Paris, S. E. de Leon y Castillo, Marquis del Muni.

Laissez-moi, Messieurs, évoquer l'amitié de ces deux grands esprits comme une augure favorable à notre Congrès, et permettez-moi, au nom des Universités françaises et des Ministères ici représentés, d'apporter en ce jour à l'Espagne, si glorieuse dans le passé, plus grande dans le présent et dans l'avenir, l'hommage de notre reconnaissance et de notre piété.

M. le Dr J.-H. Pameijer, au nom de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie :

Excellences,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Ayant reçu de nouveau l'aimable invitation de se faire représenter à ce Congrès, la Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, c'est-à-dire la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, m'a chargée de vous apporter ses salutations très respectueuse et de vous exprimer le témoignage de ses sentiments les plus chaleureux.

Vous n'êtes pas sans savoir, — et le Dr Van der Scheer, qui a représenté notre Société aux cinq dernières sessions en a témoigné chaque fois, — que nous sommes remplis de déférence et d'admiration pour la science et pour la culture françaises, et que nous autres, habitants des Pays-Bas, arrachés à la mer, aimons à nous chauffer aux rayons ardents émanant de l'esprit français. Vous n'ignorez pas non plus que la science neuropsychiatrique hollandaise aime à s'orienter sur

les avis des neuropsychiatres français. Votre Congrès nous donne l'occasion, non seulement de prendre connaissance des progrès de votre science, mais, encore, de nous rapprocher de ses éminents représentants. C'est ce contact personnel que j'estime de la plus grande valeur pour la coopération scientifique internationale. Il enrichit et approfondit notre connaissance et féconde nos idées.

Car les qualités de votre caractère et de votre esprit diffèrent en général des nôtres, et c'est pour nous un grand avantage de regarder un peu par vos yeux les problèmes dont nous occupons.

Aussi, je veux exprimer ma profonde joie, ainsi que celle de ceux d'entre mes collègues hollandais qui se trouvent ici, de pouvoir assister à cette session. Pour moi, les souvenirs de la session d'Anvers sont inoubliables, et ses travaux scientifiques, aussi bien que l'accueil chaleureux, m'ont tout de suite et définitivement rallié à votre Congrès.

Cette fois-ci, nous pourrons jouir des produits de votre science dans la sphère de la civilisation antique et raffinée d'un peuple latin, apparenté au vôtre. A la grande exposition, nous pourrons nous convaincre de la puissance d'une initiative qui témoigne d'une jeunesse d'esprit robuste s'appuyant sur un goût traditionnel et sur des connaissances solides.

Permettez-moi, Monsieur le Président, de saluer cordialement et respectueusement, au nom de mes collègues, les aliénistes et neurologistes de l'Espagne, et en leurs personnes, la grande nation espagnole, qui, avec une distinction si élevée, accorde l'hospitalité à ce Congrès.

Bien que nous vivions à une grande distance, et qu'en général nous ne sachions pas l'espagnol, nous suivons avec un grand intérêt les progrès de la neuropsychiatrie espagnole. C'est encore la langue française qui nous rapproche les uns des autres, et qui nous met à même de profiter des travaux espagnols. Je suis sûr que ce Congrès nous fera pénétrer plus avant encore dans l'esprit et la suite des idées de nos confrères espagnols, sans laquelle pénétration il est impossible de comprendre tout à fait leurs œuvres.

Soyez convaincu, Monsieur le Président, que les membres de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie reconnaissent l'importance toujours plus évidente de ce Congrès, et permettez-moi d'exprimer en leur nom les vœux les plus fervents pour la réussite de ses travaux.

M. le Professeur A. Donaggio, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène, au nom de la « Societa italiana di Neurologia » et de la Faculté de Médecine de Modène, prononce une brillante allocution. Avec son éloquence habituelle, il fait ressortir les liens intimes qui rattachent les différentes nations qui représentent à l'heure actuelle l'esprit latin.

M. le Dr H. Evensen, Médecin-Directeur de l'Asile de Gaustad (Norvège), au nom de l'Université d'Oslo et de la Société psychiatrique et neurologique de Norvège, présente ses vœux au Congrès. Il se sent ému de se trouver dans le « pays au ciel bleu », duquel tant de fois l'esprit nordique a rêvé.

M. le Professeur E. de Moura, de l'Université de Coimbre (Portugal), souhaite le plus grand succès à la Réunion et présente l'adhésion de l'Université de Coimbre.

M. le Dr Jean Sebek, Professeur agrégé de Neuropathologie à la Faculté de Médecine de Prague :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Faculté de Médecine tchécoslovaque et de sa clinique neurologique, dont le Professeur Haskovec, malheureusement, ne peut pas être présent, au nom de l'Association d'assistance des maladies nerveuses et mentales de Prague, j'ai l'honneur d'adresser à ce Congrès les vœux les plus sincères de parfaite réussite et de grand succès.

Entre la France, les pays de langue française et notre pays, il y a toujours eu des rapports d'amitié. Il y a de même eu des rapports cordiaux entre les médecins français et tchécoslovaques. Et c'est surtout dans le domaine de la neurologie où cette amitié a été toujours très cordiale et intime. Qu'il me soit permis de vous dire que la neurologie tchèque n'est qu'une fille de la neurologie française.

Depuis la grande guerre, l'amitié entre la nation française et tchécoslovaque s'affirme chaque jour davantage, surtout dans le domaine scientifique. Nous avions plusieurs fois l'honneur de saluer nos collègues français dans notre patrie, et, pour nous, c'est toujours une fête de pouvoir participer à vos remarquables congrès et de documenter l'union entre le

monde français et slave. Nous connaissons très bien vos tra-travaux et vos progrès scientifiques et nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer la plus grande admiration de la culture française.

Je suis heureux de pouvoir me joindre au grand nombre de savants, venus de tous les pays, pour assurer aussi nos collègues espagnols des sentiments chaleureux de mes confrères tchécoslovaques et de pouvoir ici déclarer notre vive sympathie à la noble nation espagnole et de rendre hômmage à cette admirable ville de Barcelone, cette ancienne capitale de la Catalogne, si heureusemnt choisie pour les séances du Congrès.

Discours du Dr Gimeno-Riera, Président espagnol du Congrès :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Aussi brièvement que l'exige une inauguration solennelle, où ma parole ne peut avoir aucun intérêt devant un auditoire si choisi, je dirai quelques mots, obligé par les circonstances auxquelles je dois, sans aucun mérite de ma part, l'honneur de représenter les aliénistes et neurologistes espagnols, et même tous les médecins d'Espagne.

Je dois cette distinction à la gentille et bienveillante courtoisie, à l'aimable politesse, qui sont parmi les traits les plus caractéristiques de l'esprit français, et, naturellement, règnent dans l'Association des Aliénistes et Neurologistes de la nation voisine et fraternelle.

Cette Association me fit le grand honneur de me désigner, en même temps que mon illustre collègue, le Dr Lalanne, relevante figure de la Médecine française, pour présider son 33e Congrès, qu'elle décida de célébrer en Espagne, et qui commence par cette brillante séance.

Mes compagnons, les aliénistes espagnols, par leur conseil plein de bonté, m'ont obligé à accepter cette charge ; je l'ai acceptée avec la crainte que mon peu d'aptitudes, mon manque de personnalité pour occuper cette place, pourraient tourner au préjudice de la représentation espagnole, qui aurait pu être beaucoup plus digne, beaucoup plus opportune, si l'on avait choisi quelqu'un de mes collègues compatriotes

dont les talents sont supérieurs aux miens. J'ai donc besoin de votre bienveillance, sur laquelle je compte entièrement.

D'abord, j'exprime à l'Association des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française ma plus profonde, sincère et humble reconnaissance, et j'adresse à MM. les Congressistes la salutation amicale de leurs confrères espagnols, surtout de ceux qui forment l'Association espagnole de Neuropsychiatrie.

Ensuite, je dis à tous les hommes de science qui nous ont honoré de leur visite, la satisfaction que nous sentons en apportant à tous les pays qu'ils représentent, sans aucune exception et très sincèrement, l'hommage de leurs collègues espagnols, et j'exprime au Comité du Congrès combien nous lui sommes reconnaissants d'avoir accédé à notre prière, en choisissant ce lieu pour sa 33[e] réunion : l'Espagne, et, en Espagne, Barcelone, la ville bien-aimée, la ville dont l'histoire se confond avec celle d'une partie du sud de la France et que répètent sans trêve les flots bleus de cette mer aux rives enchanteresses et douces, où fraternisent les pays d'origine latine ; Barcelone, la ville moderne et de progrès, orgueil très légitime de la patrie, à laquelle tous les bons Espagnols rendent, et aujourd'hui plus que jamais, devant l'effort gigantesque que suppose sa magnifique Exposition Internationale, l'hommage d'affectueuse et enthousiaste admiration dont elle s'est toujours montrée digne.

Les rapports scientifiques entre l'Espagne et les pays de langue française ont toujours été très étroits.

En ce qui concerne la Psychiatrie et la Neurologie, nous, les Espagnols, avons toujours été vos disciples à toutes les phases de notre préparation, que ce soit au moyen de la bibliographie, ou en assistant aux cliniques et aux cours de vos éminents professeurs. Nous y fûmes l'objet de la plus aimable des considérations.

Et à ce propos, je vais vous rappeler un fait dont le souvenir me semble opportun, parce qu'il est cause d'une singulière coïncidence : Pinel, le grand aliéniste français, de glorieuse et inoubliable mémoire, visita, au commencement du XIX[e] siècle, la Maison de Santé de Saragosse, louant son organisation et lui reconnaissant, avec une approbation sincère, l'initative de l'emploi du travail comme moyen de traitement des maladies mentales. Je ne répète pas les paroles si belles, si émouvantes, que sur ce point écrivit le savant médecin de

Bicêtre, dans son « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale », parce que vous les connaissez. L'Espagne, et surtout Saragosse, auraient dû les graver en lettres d'or, en un endroit prééminent. Peut-être votre délicatesse vous a-t-elle induit à honorer, par la co-présidence de ce Congrès, le médecin directeur de la Maison de Santé dont Pinel fit l'éloge, il y a plus d'un siècle. J'aime à le croire ainsi, parce que, en pensant autrement, je ne puis m'expliquer votre choix.

Il n'y a pas de doute, Mesdames et Messieurs, que la pensée collective de tous ceux qui cultivent la spécialité à laquelle ressort ce Congrès a subi une transformation. Du matérialisme exclusiviste, qui orienta les travaux de ceux qui nous précédèrent, nous voici à présent en pleine réaction, à une époque qui se caractérise par la prédominance des tendances psychologiques. Il devait en être ainsi.

Il y a environ un siècle, Bouillaud, médecin de l'Hôpital de la Charité de Paris, partisan enthousiaste des doctrines de Gall, offrait publiquement une forte somme d'argent à celui qui lui apporterait le cerveau d'une personne qui aurait perdu la faculté de parler, sans y trouver aucune lésion des lobules antérieurs. Eh bien, Messieurs, aujourd'hui, nous pourrions, sans aucun risque, refaire la même offre, promettant la même somme, ou une autre plus grande, à celui qui serait capable de nous démontrer les lésions cérébrales qui correspondent à la « paranoia » ou à la « psychose maniaque-dépressive », et, mieux encore, à celui qui tracerait définitivement l'anatomie pathologique de la « paralysie générale » ou de la « schizophrénie », établissant, de telle sorte qu'on n'en pourrait douter, le parallélisme qui peut exister, par sa topographie ou par sa qualité, entre les faits anatomiques et les symptômes que caractérisent les dites maladies.

C'est que le grand problème demeure non déchiffré ; c'est que la suprême énigme de l'Univers est en dedans de nous-mêmes, profonde, ténébreuse, impénétrable, comme à l'origine des temps ; c'est que la lumière de la raison, comme une lampe mystérieuse d'un culte éternel, brille dans un temple caché, dans le sanctuaire merveilleux et inaccessible qui garde les secrets de la vie...

Heureusement, chaque jour sont plus nombreux les travaux et les publications de Médecine Mentale où l'on observe un penchant très marqué à délaisser les voies rigides que traça l'investigation matérielle systématique. Cette tendance

doit être accueillie avec grand intérêt par tous ceux qui ont appris, par une pratique déjà longue, comment la foi, avec laquelle furent acceptés certains principes fondamentaux, peut se refroidir, s'éteindre. Au moment où l'on devrait récolter les fruits spirituels d'une œuvre qui anime encore l'enthousiasme de la jeunesse, le découragement envahit quand on regarde le passé, et l'on contemple le panorama désolant de la stérilité. On devine, on a le pressentiment de l'échec des efforts dirigés sur un chemin exclusif, emportés par cet orgueil qui nous pousse à placer sur la terre les problèmes plus hauts. Et il est en nous quelque chose qui nous dit que ce ne sont pas ces mystères qui doivent descendre jusqu'à nous, mais nous qui devons nous efforcer pour les rejoindre, pour nous élever, en travaillant la pensée tournée vers les hauteurs. J'espère, Messieurs, que cette tendance psychologique actuelle, qui n'exclue ni les faits acquis, ni la continuité des investigations matérielles, rejaillira dans ce Congrès. Et je le désire vivement, car c'est une précieuse consolation pour tous ceux qui, au champ presque épuisé de la matière, ont appris a devenir sceptiques. Non sans raison, on a dit que notre époque est *l'âge d'or* de la Psychologie.

L'Espagne et Barcelone désirent, Messieurs les Congressistes, que votre séjour parmi nous vous soit agréable, afin que ce Congrès soit, pour tous ses membres, d'un souvenir durable : d'abord par son labeur scientifique et aussi par la cordiale sympathie qui — j'en suis certain — se dégagera de son ambiance. Avec ce sentiment, nous, Espagnols, nous proposons d'obtenir que les liens qui nous unissent toujours plus à la France et aux pays de langue française, dont la science a eu et a toujours une si grande influence sur notre intellectualité, deviennent chaque jour plus affectueux, désirant aussi donner une nouvelle preuve de notre élan vers la fraternité scientifique universelle, qui peut être, et qui sera à l'avenir, la base de la paix du monde.

Soyez les bienvenus, Messieurs les Congressistes. Qu'elles le soient aussi à cette séance inaugurale, les Autorités qui représentent l'Espagne et Barcelone. Je les prie d'accepter le témoignage de notre gratitude.

Et pour finir, M. le docteur Lalanne, président effectif de ce Congrès, au nom de nos collègues espagnols et en votre illustre personne couronnée par votre représentation et aussi par l'auréole du savoir, je salue, respectueux et ému, la France et la science française.

Discours prononcé par M. le Docteur LALANNE

Président Français du Congrès

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE LA DIPUTACIÔN PROVINCIALE,
MESDAMES,
MESSIEURS,

En m'appelant à présider le Congrès de Barcelone, vous m'avez fait un grand honneur dont je sens tout le prix : je vous en exprime ici toute ma gratitude.

Le premier de mes devoirs est d'adresser d'abord un respectueux hommage à leurs Majestés le Roi et la Reine d'Espagne en ce moment à Barcelone et ensuite de prier le gouvernement espagnol d'agréer nos sentiments de reconnaissance pour avoir bien voulu accorder à notre Congrès un caractère officiel. Nous remercions tout particulièrement S. E. Don Eduardo Aunos, Ministre du Travail, Président des Expositions de Barcelone et de Séville, qui a bien voulu accepter de faire partie de notre Comité d'honneur.

⁂

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

En venant aujourd'hui dans ce cadre somptueux de votre beau Palais de la Diputaciôn, présider la séance d'ouverture de notre 33e Session, vous nous avez donné un témoignage de bienveillance et d'estime auquel nous sommes tout particulièrement sensibles.

Vous nous avez montré que cette grande Cité de Barcelone qui s'est toujours montrée jalouse de conserver sa double réputation d'activité scientifique et d'activité commerciale réunissait en un seul faisceau sa richesse matérielle et sa grandeur intellectuelle.

J'adresse aussi tous mes remerciements à la municipalité, à toutes les autorités et à toutes les notabilités qui, en se groupant pour constituer le « Comité d'honneur » et le « Comité scientifique d'organisation locale », ont assuré d'avance le succès de notre Congrès.

Je suis heureux de saluer, en même temps que tous les représentants des nations amies, les confrères espagnols qui

sont venus s'associer à notre œuvre et tout particulièrement le Docteur Mira qui a assumé la lourde tâche de Secrétaire général.

Enfin, je n'ai garde d'oublier celui avec qui je partage les honneurs de la présidence, mon excellent collègue, le Docteur J. Gimeno-Riera, directeur de l'Asile National d'aliénés de Saragosse. Je tiens à l'assurer de toute ma sympathie.

Pour me conformer à l'usage, qui veut que le Président du Congrès vienne traiter devant vous un sujet de son choix, je vous parlerai d'une coutume très ancienne qui a été pendant fort longtemps en faveur :

« La Fête des Fous »

A l'aube des civilisations, toutes les maladies parurent divines. Plus qu'aucune autre peut-être, l'aliénation mentale étonna les hommes, d'où une sorte de culte religieux en faveur des insensés. Soit par pitié, soit par crainte et par superstition, on les regardait comme des êtres favorisés du ciel.

Chez les peuples restés enfants et chez les Musulmans, cette croyance dure encore et on voit, chez eux, les fous respectés et libres d'agir à leur guise.

Cette liberté d'allures se retrouvait chez les « fous des rois » dont la marotte symbolique était restée l'emblème. Les attitudes grotesques, accentuées le plus souvent par des difformités, les paroles déraisonnables ou sarcastiques n'étaient-elles pas tolérées ou même encouragées ?

Comme le dit le vieil Erasme : « Cette folie que vous voyez, c'est elle, c'est elle pourtant qui a le pouvoir de remettre en belle humeur les dieux et les hommes. »

C'est là l'idée primitive que nous retrouvons dans la « Fête des Fous ».

Les fêtes de la fin de l'année et de son renouvellement qui tiennent encore une si grande place dans beaucoup de pays, présentent à l'observation beaucoup de particularités qui sont les vestiges d'anciennes coutumes et d'antiques cérémonies dont l'importance fut grande jadis.

On sait, en effet, que pendant longtemps, on a vu, dans nombre de contrées, des pratiques étranges se mêler soit aux fêtes profanes, soit aux fêtes religieuses. Ces pratiques qui, dans quelques cas, étaient seulement plaisantes et inoffensives à tous égards, touchaient parfois au ridicule et, trop souvent aussi, étaient vraiment grossières.

Tout en rappelant ces manifestations bizarres, j'ai voulu rechercher aussi leur origine, les circonstances dans lesquelles elles se sont développées et les raisons qui ont présidé à leurs transformations successives.

***

Le jour de Noël dans certains pays, le premier jour de l'An dans d'autres, ou bien encore à la fête de l'Epiphanie, enfin, dans plusieurs, à divers moments de l'année, on fit pendant longtemps, au Moyen Age, la « *fête des Fous* », appelée aussi « *fête des Sots* » des « *Innocents* », etc..., dont on trouve une infinité de descriptions. En voici les principales dispositions résumées par le bibliophile Jacob.

« Le premier jour qui était la fête de Noël, la plèbe cléricale et monacale criait à l'unisson « Noël » et se mettait en liesse ; le lendemain, jour de Saint-Etienne, les diacres tenaient concile pour élire un pape ou patriarche des fous, un évêque ou un archevêque des innocents, un abbé des sots ; le jour suivant, fête de Saint-Jean, les sous-diacres commençaient la danse en son honneur ; ensuite, le quatrième jour, fête des Saints-Innocents, les enfants de chœur et les clercs subalternes réclamaient le pape ou l'évêque ou l'abbé élu qui faisait son entrée triomphale dans l'église, le jour de la Circoncision, et qui siégeait pontificalement jusqu'au soir de l'Epiphanie. C'était donc le règne joyeux de ce pape ou de cet évêque ou de cet abbé de la folie qui composait la fête des fous et qui en dominait les phases bizarres, les mascarades grotesques et parfois impies, les scènes plaisantes et souvent ordurières, les orgies furieuses, les danses, les jeux et les chants profanes, insolentes parodies de la liturgie catholique. »

Cette « fête des Fous » présentait de très grandes différences suivant les localités et suivant les temps, dans le même pays ; l'imagination plus ou moins féconde de leur promoteur du moment, la disposition d'esprit des habitants, la gros-

sièreté plus ou moins grande des acteurs, apportait ça et là des éléments de divergences considérables dans les détails de la mascarade ; seul, le désir de s'amuser et de faire rire était le point commun qui se retrouvait partout et qui constituait d'ailleurs la base de ces extravagantes cérémonies. .

A Paris, la fête des fous s'est longtemps faite à Notre-Dame, avec une solennité et une exagération remarquables. Le bas clergé, affublé de la manière la plus saugrenue, assisté pour la circonstance par les plus hardis de la populace déguisés en bêtes, en monstres, barbouillés de suie, habillés en femmes, élisait un archevêque, ou même un « pape des fous » qui, entouré d'un chapitre burlesque, officiait et bénissait le peuple de la manière la plus excentrique. Les chansons les plus dissolues, les excès de boisson et de victuailles, les actes les plus indécents même se mêlaient à un office de fantaisie entremêlé de danses qui se terminait par une véritable comédie, jouée sur des tréteaux disposés à cet effet près de la porte de la cathédrale. Dans la soirée, on se livrait dans les rues voisines, sur le parvis et même dans l'église, aux excès les plus extrêmes et aux énormités de tout genre.

A Marseille, les cérémonies étaient suivies d'une procession où des dieux et des héros païens précédaient un groupe de la « Fuite en Egypte » qui n'avait rien d'édifiant, car on choisissait un idiot pour représenter saint Joseph.

A Fréjus, on faisait toutes sortes de bouffonneries, pendant et après l'élection d'un enfant de chœur à la dignité d'*Evescat* (petit évêque) ; et mal en prit en 1558, à l'évêque Léon des Ursins, qui faillit être massacré pour avoir voulu s'y opposer.

A Arles, on célébra la fête des Fous, en 1635, en l'honneur de Charles IV, lors de son voyage en Provence. L'Empereur fut si scandalisé de celle qu'on lui donna dans l'église de Saint-Trophime, le jour de son couronnement, qu'il fut obligé de la faire cesser.

A Vienne, on s'occupait avec soin de ces fêtes des Fous, de Saint-Etienne, des Noircis, de Saint-Jean, des Innocents ; les statuts de son église cathédrale de 1385 en font foi et, malgré les défenses qu'ils édictent, on chantait, à ces moments, des chansons déshonnêtes et même diffamatoires contre certaines personnes de l'église ou de la ville qui étaient obligées d'acheter le silence à prix d'argent.

A Poitiers, on faisait, comme en mille endroits, des extravagances à l'occasion des fêtes de la Noël, du jour de l'An et

des Rois ; nous en avons la preuve dans Grégoire de Tours où il est indiqué que, dans le Monastère de Sainte-Radegonde, les religieuses avaient célébré les « barbatoires », sous la direction de leur abbesse.

A Bordeaux, à Chartres, à Amiens, à Reims, à Troyes, à Auxerre, à Langres, à Besançon, et, en général, dans toutes les provinces de France, on célébrait de même la fête des Fous avec tout l'apparat habituel s'accompagnant de manifestations ridicules et de mille folies.

La fête des Innocents était une modalité de la fête des fous et, dans bien des pays, se confondait avec elle.

Une variante célèbre de la fête burlesque qui se faisait jadis dans les églises porte le nom des « fêtes de l'Ane », parce qu'un âne y figurait et, bien plus, y était revêtu parfois des ornements épiscopaux.

On voulait évoquer, en dehors du souvenir de l'ânesse de Balaam, tantôt l'âne compagnon du bœuf dans l'étable de Bethléem, tantôt celui qui porta la Vierge et l'enfant Jésus, lors de la fuite de la Sainte Famille en Egypte.

A Rouen, à Autun, à Rodez et à Beauvais, on a conservé des relations précises de ces cérémonies en usage pendant des siècles.

A Sens, la fête de l'Ane était célébrée avec une grande solennité et c'est à Pierre de Corbeil, archevêque du diocèse, qu'on dut longtemps, paraît-il, le dispositif des réjouissances, car le fameux manuscrit du *Missel de l'Ane* qui est conservé dans la bibliothèque de la ville est, dit-on, écrit en entier de sa main.

Dans certaines régions de la France, au moment de la Noël, on fait encore (des souvenirs personnels me permettent de l'affirmer) la fête de l'Auguilanneuf qui est réduite de notre temps à de minimes proportions, mais qui avait primitivement une importance autrement considérable.

A l'origine, du temps des Gaulois, les Druides convoquaient les fidèles au cri de : « Au gui, l'an neuf » et les conduisaient vers certains points spéciaux qui étaient des sanctuaires vénérés. Arrivée au pied des chênes séculaires, qui étaient l'objet du respect des fidèles, la foule assistait à diverses cérémonies dans lesquelles des sacrifices humains étaient accomplis pour l'absolution des péchés de la peuplade, et le gui du chêne était ensuite recueilli pour assurer le bonheur de tous.

Ce vestige d'une vieille coutume nationale, déjà extrême-

ment amoindri au début du moyen âge, se transforma peu à peu en débordements effrénés.

Il n'est pas possible de décrire ici toutes les cérémonies plaisantes et toutes les farces qui avaient lieu dans diverses localités, à certaines époques de l'année, comme la « procession noire » d'Evreux, la « procession en bateau sur l'Isère » et la « fête du Hareng » de Reims.

Enfin, je me bornerai à rappeler l'existence des « compagnies de plaisir », dont il serait trop long de faire l'énumération. A côté de Enfants-Sans-Souci de Paris, de la Compagnie des fonds de Lille, de Valenciennes, de Douai, etc..., je mentionnerai plus spécialement la Mère-Folle de Dijon qui eut ses heures de célébrité.

Philippe le Bon, duc de Bourgogne, sollicité en sens inverse, d'une part par le Concile de Bâle et la Pragmatique Sanction et, d'autre part, par les fous de sa chapelle qui étaient arrivés à constituer une véritable institution, prit, comme moyen terme, le parti de codifier le délire des mascarades et reconnut l'existence d'une société de la Mère-Folle dont il fit approuver les statuts par Jean d'Aubain, évêque de Langres et gouverneur de Bourgogne, en 1454. La compagnie était composée de cinq cents personnes, depuis les officiers du Parlement jusqu'aux marchands, en passant par les avocats, les procureurs et les bourgeois. Dans les fêtes solennelles, la Mère-Folle sortait avec un appareil demi-sérieux, demi-folâtre et, dès qu'il arrivait une aventure quelconque, on était certain qu'elle s'en emparait pour faire quelque exhibition risible.

La Compagnie de la Mère-Folle de Dijon fut abolie par un édit de Lyon du 21 juin 1630.

⁂

Notre pays de France est loin d'avoir le monopole de ces vestiges du passé et, par les quelques exemples que je vais fournir de ces fêtes plaisantes ou burlesques, ón verra que bien d'autres peuvent lui faire concurrence sous ce rapport.

Les fêtes de la Noël ont été longtemps, en *Angleterre,* une véritable « fête des Fous » ayant pour acteurs des étudiants et des hommes de loi. Ces comédiens, d'une espèce nouvelle,

tournaient tout en parodie, tant que durait la fête. Ils avaient un faux Parlement, un prince de Sophie ou de Sagesse, un maréchal, un maître des jeux un maître de la vénerie et un lieutenant de la Tour, car les criminels avaient leur prison spéciale. Ils avaient aussi un intendant, des pages, des chambellans, un échanson, des palefreniers, des coureurs et des valets de toutes sortes. Enfin, rien n'était oublié pour faire de cette assemblée une cour travestie, une mascarade avec tous ses accessoires.

Le Tribunal institué pour cet Etat d'une espèce nouvelle prononçait en dernier ressort sur les affaires soumises à sa juridiction. Les juges étaient des enfants qui n'avaient pas encore l'âge de raison ; les moindres paroles qui leur échappaient étaient recueillies, enregistrées et interprétées. Les uns remplissaient le rôle de défenseur, les autres celui d'accusateur. C'était l'appareil complet de la Justice réduit à de comiques et enfantines proportions.

Puis venait le défilé dans les rues de la ville où toute la population en émoi assistait à ce spectacle.

Quand le cortège parvenait devant la Tour dite « du feu » (parce qu'on avait l'habitude de la brûler pour terminer la cérémonie), le maître du Jury faisait signe à sa suite de s'arrêter. Alors, il s'agenouillait d'un air de contrition profonde et, après avoir murmuré à voix basse une sorte de cantique inintelligible, il demandait à recevoir le titre et à remplir la charge de constable. Une danse extravagante et des salamalecs bouffons accompagnaient cette demande ; mais à peine était-elle faite, qu'un piqueur revêtu de la livrée royale paraissait au milieu du cortège, suivi de huit ou dix chiens de chasse et portant dans un filet un chat et un renard qu'on lâchait dans les jambes des assistants, ce qui causait un grand tumulte pendant lequel le lieutenant ordonnait qu'on mît le feu à la Tour. Alors, les cors résonnaient tous à la fois, l'air retentissait de folles exclamations et la Tour, qu'on avait eu soin de remplir de matières combustibles, s'écroulait bientôt au bruit des applaudissements.

Cependant, au milieu de tous ces divertissements et de ces scènes variées à l'infini, on atteignait l'heure de minuit. Alors, commençaient les *revels* (expression qu'un auteur fait venir du mot français *réveillon*). Ces *revels* n'étaient autre chose qu'une nouvelle succession de danses, de jeux, de mascarades, de spectacles et de banquets.

D'ailleurs, il y avait un *maître des revels* qui, comme le prince de Noël, le roi des fous, avait pour attributions de régler et de provoquer les amusements, en contribuant luimême, autant que possible, par ses actions et par ses discours, à la gaîté générale.

Cette singulière fête, qui n'était pas sans gêner parfois bien des individus paisibles, fut interdite par Charles I[er], à la suite des troubles auxquels elle avait donné lieu ; mais elle ne fut pas abolie pour cela et il ne fallut rien moins que la révolution, qui fit mourir ce monarque sur l'échafaud et donna le pouvoir aux puritains, pour que le *Christmas* fût débarrassé de ces superstitions païennes.

En ce qui concerne la *Belgique,* Jean Christoval Calvette, dans sa relation du *Voyage de Charles-Quint à Bruxelles,* donne une description des excentricités qui étaient de mise à la « fête des Fous », dans cette ville où on saisissait toutes les occasions (notamment les fêtes de l'Eglise ou du Gouvernement) pour les rééditer.

Après les diables qui ouvraient la marche, venait un chariot dans lequel se trouvait un ours jouant de l'orgue, mais pas un orgue vulgaire, car il était composé de 21 chats enfermés dans des caisses étroites, percées de trous, qui laissaient seulement passer les queues de ces animaux. Des cordes, attachées à toutes ces queues d'un côté et d'autre aux touches d'un clavier placé devant le singulier organiste, mettaient ce dernier en relation directe avec les notes vivantes de son instrument. Vous devinez les accords formés par cette bande de chats martyrisés par un ours et les sauts que faisaient tous les chiens du voisinage attroupés, aboyant et hurlant au son de cet orgue de barbarie ! Enfin, dans cette marche triomphale, tout auprès d'un singe jouant de la cornemuse pour faire sauter des enfants déguisés en pourceaux, étaient portées les reliques des saints, aux chants solennels de l'Eglise. Et Charles-Quint, sur son cheval de bataille, regardait ces incroyables folies.

En *Espagne,* la nuit de Noël se passait en réjouissances; les tambours de basque, les crécelles, la « *zambomba* » (sorte de pot de terre recouvert d'un morceau de parchemin à travers lequel on frotte une tige de bois) produisaient un bruit assourdissant dans toutes les rues, tandis que dans les maisons on faisait bombance.

Dans les églises, on se livrait, jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle, à une série de farces très spéciales pendant cette nuit de Noël. Voici la description qu'on en trouve dans les « *Voïages historiques de l'Europe* », de 1693 : « La cérémonie que les Espagnols font la veille de Noël paraît tout au moins étrange pour ceux qui n'y sont pas accoutumés. Les moines et autres ecclésiastiques représentent dans le chœur de leurs églises des comédies burlesques, avant et pendant la messe de minuit. Ils se travestissent en femmes ou prennent d'autres déguisements, mettant sur leur visage des masques défigurés, comme dans les derniers jours du Carnaval. Les tambours de basque et les hautbois sont mêlés avec l'harmonie des orgues. Après quelques cérmonies, ils font une procession dans l'église sans se démasquer, sautant, dansant et entraînant dans les mêmes postures les images de la sainte Vierge, de saint Joseph et d'un petit Jésus qu'ils portent dans un lit.

« Pendant les jours qui suivent, la joie est de mise partout et, enfin, la veille de l'Epiphanie, le peuple s'amuse bruyamment à diverses farces, dont celle de l'attente des « rois » est une des plus à la mode. On cherche pour cela quelque naïf ou quelque bouffon qu'on promène de rue en rue et qui, à chaque carrefour, monte sur une échelle qu'on tient droite, à bout de bras, pour regarder au loin si les Mages n'arrivent pas. »

En Italie, les explosions de la joie populaire ne furent pas moindres, depuis la Noël jusqu'à la fin du Carnaval, et on peut, sans peine, discerner dans ces manifestations des réminiscences païennes qui se heurtent à des coutumes chrétiennes et concourent à donner à cette période de l'année un cachet tout à fait spécial.

Chez tous les peuples du Sud-Est de l'Europe et aussi en Allemagne et en Russie, on retrouve les vestiges des choses du passé au milieu des cérémonies chrétiennes et des réjouissances populaires dont le bas peuple est extrêmement avide.

Les Germains et les Scandinaves se livraient à des farces et à des manifestations qui rappellent les fêtes décrites par Walter Scott dans son poème « Marmion ». Les Danois eux-mêmes, aux jours du paganisme, célébraient l'Iule (le soleil), en versant de l'hydromel à grands flots. Ils fixaient leurs vaisseaux à la rive et tout l'équipage prenait part à la fête.

De nos jours encore, il persiste des réminiscences du passé puisque, en cette année 1929, on a rétabli à Villingen, dans la

Forêt Noire, une cérémonie historique dite « Rencontre des Fous ». Vingt-sept « Sociétés des Fous » de Bade et de Wurtemberg se sont réunis, produisant chacune leurs usages et leurs coutumes.

A Dresde, on a célébré également, en temps de carnaval, la fête des déguisements et de la folie.

Enfin, à l'heure même où j'en parle, aujourd'hui, mardi de la Pentecôte, se déroule à Echternach, dans le Grand-Duché de Luxembourg, la fameuse « Procession dansante », qui, après des bénédictions religieuses, parcourt les rues de la ville pour se terminer dans une église où on défile autour du tombeau de saint Willibrod. On danse sur un rythme saltatoire trois pas en avant et deux pas en arrière, en se tenant par la main, aux sons de musiques disparates qui reproduisent, sans arrêt, le même air traditionnel, très entraînant, destiné à stimuler ceux qui, primitivement, venaient uniquement là pour obtenir la guérison des maladies convulsives dont ils étaient atteints.

J'ajoute que cette fête religieuse, qui attire un foule énorme de tous les environs et même des pays rhénans, s'accompagne ensuite de distractions profanés et de toutes sortes de divertissements.

Dans les pays musulmans d'Europe, d'Asie et d'Afrique, les réjouissances du renouvellement de l'année existent aussi intenses et aussi générales que dans les contrées où règne le christianisme. Seulement, la différence de longueur de l'année fait que ces fêtes tombent à des époques variables, de sorte qu'elles n'ont plus aucun rapport avec le solstice de décembre, alors qu'en réalité elles doivent lui être rattachées.

Dans toute l'Amérique, enfin, il existe des manifestations populaires de même nature, qui sont en rapport : dans le Nord, avec les vieilles habitudes normandes ou anglo-saxonnes ; dans les Antilles et l'Amérique du Sud, avec celles de l'Espagne, qui a si fortement déteint sur les anciennes conquêtes. Et si on recherchait dans le passé de ces diverses parties du Nouveau Monde, on aurait certainement plus d'un détail à signaler dans l'ordre d'idées qui nous occupe ici. C'est ainsi, par exemple, que Constant d'Orville nous raconte que, dans le courant du XVIIe et du XVIIIe siècles, les religieuses de Saint-Dominique, à Lima, et dans nombre d'autres villes, dres-

saient un théâtre dans l'église, à l'époque de la Noël, et se livraient, pendant la messe de minuit, à des danses plus ou moins folles.

⁂

Quand on jette un coup d'œil d'ensemble sur les diverses fêtes, cérémonies ou manifestations extravagantes que nous venons de passer en revue, on constate que, non seulement en France, mais encore dans une quantité de pays fort divers, elles étaient régulièrement pratiquées.

Il est incontestable aussi que, malgré leur diversité, suivant les localités et les contrées, elles procèdent toutes de la même idée fondamentale sur laquelle, suivant les circonstances ou suivant le génie inventif de tel ou tel plaisant, des adjonctions sont venues se greffer sur le cérémonial et lui ont donné un cachet spécial, sans lui faire perdre, toutefois, le caractère de bouffonnerie qui semble lui être absolument inhérent.

En tenant compte seulement de ce qui se passait en Europe, on peut dire avec assurance que toutes ces réjouissances burlesques procédaient des *Saturnales*, qui tenaient une si grande place dans la vie publique des Romains.

Cette opinion n'est pas nouvelle et a été formulée depuis bien longtemps. C'est ainsi, par exemple, que Dom Grenier dit textuellement : « La fête des Fous était un reste du paganisme, une imitation des saturnales, et durait depuis Noël jusqu'à l'Epiphanie. Les puérilités qui sont encore en usage dans quelques églises le jour des Innocents sont des vestiges de la fête des Fous. »

Dom Grenier se base d'ailleurs sur l'autorité de Belette, qui donnait déjà, à la fin du XIIe siècle, une explication de même nature : « Cette coutume a été appelée « la Liberté de Décembre », parce qu'autrefois, chez les Païens, les esclaves devenaient libres dans ce mois et vivaient avec leurs maîtres dans une sorte d'égalité. »

Je n'entreprendrai pas ici de faire une description complète de ce qu'étaient les saturnales. Je me contenterai d'en donner un aperçu rapide.

Le seizième jour des calendes de janvier, qui correspondait à notre 17 décembre, la ville prenait un air de fête. Les prêtres de Saturne et de Janus revêtaient leurs beaux habits de

cérémonie et dressaient, devant la porte du temple, des tables sur lesquelles était servi un repas mystique auquel les Dieux seuls devaient prendre part.

Pendant que ces Dieux de l'Olympe savouraient ainsi les victuailles sacrées qui leur étaient offertes, on chantait des hymnes, des invocations et des prières de reconnaissance, dont la teneur n'était pas plus comprise par le vulgaire que les offices de l'Eglise actuelle ne le sont, de nos jours, par le commun des dévôts.

A un moment donné, le grand-prêtre débarrassait la statue de Saturne des bandelettes qui la recouvraient en temps ordinaire et, presque aussitôt, il poussait le cri traditionnel que la foule attendait avec impatience et qui était, pour la plèbe, le signal du commencement de la fête : « *Io Saturnalia* ».

Mille cris de joie lui répondaient, et les nombreuses bandes d'esclaves, qui formaient une notable partie de la population de Rome, accouraient de toutes parts coiffés du bonnet de la liberté (le *pileus*), comme s'ils étaient affranchis. Ils se répandaient dans toute la ville, où l'on n'entendait que des chants et des cris d'allégresse, au milieu desquels dominait le « Io Saturnalia ». C'était un désordre général, mais un désordre permis, allant cependant jusqu'à l'orgie. Dès ce moment, et tant que duraient les fêtes, pleine licence était donnée à la dissolution publique de tous ces esclaves, ivres pour la plupart. Mais le délire était général et atteignait jusqu'aux citoyens qui, renonçant à la toge, se montraient affublés seulement de la « synthèse » du festin.

Ce qu'il y avait d'étonnant, c'était que les maîtres, si durs et si cruels d'habitude avec leurs esclaves, vivaient avec eux comme des égaux, durant ces orgies, leur permettant les propos les plus irrespectueux, supportant les vérités les plus blessantes et endurant jusqu'à des injures, sans avoir le droit de se fâcher et moins encore de punir.

Au début, les Saturnales ne duraient qu'un seul jour ; mais, lors de la réforme du calendrier, Auguste étendit leur durée à trois jours, les faisant débuter le 17 décembre. Caligula leur ajouta deux jours, et, comme les fêtes de la terre (Opalia), celle des figurines (Sigillaria) arrivaient aussitôt après, ces Saturnales furent prolongées jusqu'au 23, sans compter que, plus tard, les fêtes de la jeunesse (Juvenalia) augmentèrent encore leur durée.

Ce n'est pas seulement dans le monde romain qu'on faisait des extravagances au moment du solstice d'hiver : on retrouve ces réjouissances chez presque tous les peuples, aussi loin qu'on remonte dans le passé.

C'est ainsi qu'à Athènes et à Rhodes, on célébrait les « *Chromés* » ou fêtes de Saturne ; en Thessalie, les « Pélories », et en Crète, les « Hermées » ; dans un grand nombre de provinces, c'étaient les « Anthestéries ».

Diodore de Sicile nous apprend qu'à Babylone, la fête des « Sakées », qui avait lieu le sixième jour du mois de Loüs et qui durait cinq jours, était consacrée à la déesse Anaïtis, c'est-à-dire aux forces créatrices de la nature. Strabon parle aussi des « Sakées », qui étaient célébrées dans toute la Cappadoce.

D'après Plutarque, enfin, le solstice d'hiver était, chez les Egyptiens, l'occasion de grandes réjouissances et, dans tous les pays d'Asie, on célébait la fête du retour du soleil.

En somme, en laissant de côté toutes les légendes se rapportant à l'origine des Saturnales et quelle que soit l'explication qu'on en veuille donner, il n'en ressort pas moins que l'idée première remonte à la plus haute antiquité et qu'elle paraît être l'expression d'un mélange du culte des astres et aussi des forces génératrices de la nature.

⁂

Lorsque le christianisme apparut, tout le monde connu était romain, et, par conséquent, les mœurs et les habitudes de Rome avaient déteint sur tous les peuples asservis à son empire. Or, les fêtes populaires, celles surtout où l'intempérance entraînait la joie débordante, la critique tolérée et les plaisanteries plus ou moins grossières, furent naturellement celles qui s'acclimatèrent le plus facilement partout.

Il y avait donc des traditions et des usages tellement enracinés dans l'esprit du peuple, que c'eût été tenter l'impossible que de vouloir les faire disparaître par l'enseignement et la pratique d'un nouveau culte. Les fondateurs du christianisme avaient bien compris que le plus sûr moyen était d'admettre dès le début la superstition païenne. On laissa donc au peuple ses fêtes favorites, consacrées par des siècles, et l'on se

contenta d'en changer la destination : Jésus-Christ hérita de l'apanage de Saturne et les principaux saints se partagèrent la succession de Pan, de Priape et des autres divinités champêtres.

Les Saturnales furent ainsi « christianisées ». Mais les premiers évêques, tout en tolérant ces débordements de la populace, étaient, en réalité, hostiles à ces fêtes licencieuses ; et on vit bientôt l'Eglise leur faire une guerre de plus en plus ardente, guerre qui a duré en somme plus de dix siècles avant d'avoir pu les atteindre d'une façon bien efficace.

Les clercs ne renoncèrent pas volontiers à leurs divertissements. Un des plus piquants plaidoyers en faveur de la « fête des Fous » est assurément dû à la Faculté de Théologie de Paris, en l'année 1444, et la citation suivante nous a paru présenter un caractère vraiment original : « Nos prédécesseurs, qui étaient de grands personnages, ont permis cette fête ; vivons comme eux et faisons ce qu'ils ont fait. Nous ne faisons pas toutes ces choses sérieusement, mais par jeu seulement et pour nous divertir, selon la coutume, afin que la folie qui nous est naturelle et qui semble née avec nous s'emporte et s'écoule par là, du moins une fois chaque année. Les tonneaux de vin crèveraient si on ne leur ouvrait quelquefois la bonde ou le fausset pour leur donner de l'air. Or, nous sommes de vieux vaisseaux mal reliés, que le vin de la sagesse ferait rompre, si nous le laissions bouillir ainsi par une dévotion continuelle au service divin. Il faut lui donner quelque air et quelque relâchement, de peur qu'il ne se perde et ne se répande sans profit. C'est pour cela que nous donnons quelques jours aux jeux et aux bouffonneries, afin de retourner ensuite, avec plus de joie et de ferveur, à l'étude et aux exercices de la religion. »

Les défenses ecclésiastiques faites contre la fête des Fous restant lettre morte, malgré les anathèmes des Evêques, des Synodes et des Conciles, le bras séculier fut requis pour venir en aide à l'Eglise, et, dans plusieurs provinces, les Parlements locaux furent obligés d'intervenir.

Néanmoins, le moment approchait où les efforts soutenus de l'Eglise allaient être couronnés de succès. D'une part, les plaisanteries de mauvais goût qui émaillaient ces fêtes entraînant fréquemment des disputes et des coups, on put se baser sur ces désordres pour se montrer de plus en plus sévère. D'autre part, les progrès de la civilisation, le dégoût que pro-

voquaient des excès ridicules et obscènes, l'apparition du protestantisme, avec les troubles politiques et religieux qui s'ensuivirent, étaient de nature à faire tomber en discrédit ces mascarades, qui passèrent de l'église dans la rue et finirent par disparaître dans celles du Carnaval.

On commença donc par mettre les Lieux-Saints à l'abri des profanations et des extravagances, qu'on relégua sous le porche ou sur le parvis de la Maison de Dieu. Ce furent les laïques qui héritèrent, pour ainsi dire, de la fête des Fous et qui formèrent des associations joyeuses pour la mise en scène théâtrale de ces divertissements, pour faire des « montres », se livrer à des pantomines ou représenter des mystères. On sait toute l'importance qu'eurent, à certains moments, ces représentations, que l'on retrouve à l'origine de l'art dramatique.

Les orgies d'antan ne furent plus représentées, peu à peu, dans les cérémonies religieuses, que par quelques plaisanteries sans intérêt. Ces fêtes des Fous, de l'Ane, des Innocents agonisaient.

La Révolution de 1789 jeta, comme pour tant d'autres choses, une immense perturbation dans les habitudes populaires. Les événements si divers qui se succédaient rapidement, les dissentions intérieures, les troubles politiques, les guerres, et enfin la possibilité de penser, d'écrire et de critiquer en tout temps de l'année, devaient porter le coup fatal à ces Libertés de Décembre, qui n'avaient plus leur raison d'être.

Et la chose est si vraie qu'en ceci, comme pour beaucoup d'autres vieilles coutumes, lorsqu'en 1815 la Restauration crut pouvoir les rééditer, les idées avaient si grandement évolué, que les plus ardents glorificateurs du passé s'aperçurent qu'en réalité tout avait changé d'allures. Les pâles réminiscences de ces farces, qu'on essaya de tenter çà et là, montrèrent bien que l'heure était passée irrévocablement. Dans quelques églises isolées, les prêtres inférieurs, les sacristains, les enfants de chœur, eurent bien encore l'idée de faire quelques plaisanteries, quelques bouffonneries innocentes, à l'occasion des fêtes de la nouvelle année, mais tout cela se passa sans bruit et finit par cesser tout à fait, n'ayant plus sa raison d'être, puisqu'il n'y avait plus de scandale public.

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

DU ROLE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS L'ÉTIOLOGIE DES MALADIES MENTALES

RAPPORT DE MM. LES D[rs]

HAMEL et **W. LOPEZ-ALBO**

Médecin-chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle)

Directeur de l'Asile d'aliénés de Zaldivar (Vizcaya)
Méd. neurologiste de l'Hôp. civil de Bilbao

DU ROLE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS L'ÉTIOLOGIE DES MALADIES MENTALES

AVANT-PROPOS

La recherche ardente du substratum organico-fonctionnel des maladies mentales semble avoir fait perdre un peu de vue l'importance de la notion de prédisposition. Du moins pourrait-on le croire, lorsqu'on voit si fréquemment les observations publiées dans les journaux psychiatriques, passer sous silence les antécédents héréditaires des malades. Cette négligence actuelle d'un facteur essentiel est sans doute une réaction excessive contre l'abus qui a été fait du concept de la dégénérescence. Mais les faits demeurent : n'y a-t-il donc plus de familles tarées, où apparaissent, au cours des générations successives, anormaux, délinquants, infirmes, aliénés ?

Il est nécessaire de continuer à étudier les problèmes de l'hérédité morbide. Le Docteur Bersot, de Neuchâtel, déplorait très justement, à la Société médico-psychologique, qu'on n'établît plus de statistiques que dans de rares asiles. Comment, dès lors, discerner la part qui revient à chacun des facteurs constamment invoqués dans les traités, sans précision, sinon sans preuve : les hérédités alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, névropathique ?

Les recherches que nous avons entreprises, après d'autres, sur le rôle étiologique de l'hérédo-syphilis en pathologie mentale, n'ont d'autre but que de tenter une mise au point de cette partie du problème.

Un intérêt particulier s'attache en effet à l'étude de l'hérédo-syphilis, en raison des moyens d'investigation que nous offre le laboratoire. Il est permis d'espérer que, si dans les services de psychiatrie l'on veut bien tenter des efforts en ce sens, la

détermination du rôle pathogène de l'hérédo-syphilis offrira peu de difficultés, *et sera seulement une question de temps.*

Si, comme nous le pensons, ce rôle est important, il sera permis d'espérer, avec quelque réserve, la guérison ou l'amélioration de certains états mentaux pathologiques. Il sera surtout possible de les prévenir, en intensifiant la prophylaxie anti-vénérienne.

HISTORIQUE

La plupart des auteurs qui ont étudié le rôle de l'hérédo-syphilis en psychiatrie ont eu en vue les états psychopathiques de l'enfance, en raison des grandes difficultés du diagnostic de la spécificité congénitale chez l'adulte.

C'est en 1901 que l'on rencontre pour la première fois une étude de l'origine des psychopathies infantiles où soit invoquée avec précision son influence. Elle est due à Bourneville. Le médecin de Bicêtre produit une statistique concernant les causes des « maladies nerveuses et chroniques de l'enfance qui produisent les différentes formes d'idiotie, d'imbécillité, d'arriération intellectuelle et morale, d'épilepsie, d'hystérie et d'hébéphrénie ». Il appelle particulièrement l'attention sur trois de ces causes : la syphilis, l'alcoolisme, les professions insalubres.

Bientôt, la généralisation de la réaction de Bordet-Gengou apporte aux investigations des neuro-psychiâtres une base solide. Les réactions sérologiques et l'examen du L. C.-R. vont permettre de rechercher, parmi les signes cliniques, stigmates ou symptômes évolutifs, ceux qui appartiennent à la syphilis.

En 1908, Raviart et ses élèves publient un intéressant travail dans la *Revue de Médecine.* Ils établissent la fréquence des résultats positifs de la réaction de Wassermann chez les aliénés en général et chez les arriérés en particulier, où elle atteint 33 0/0 environ. Les auteurs constatent aussi la nature spécifique des stigmates dits d'hérédo-syphilis, lesquels se confondent, comme le montre leur énumération, avec les stigmates de dégénérescence. Puis les travaux se multiplient : Fournier, Massol, Lavy, Peluc et Gardère étudient les manifestations nerveuses de la syphilis congénitale. Babonneix en 1916 affirme que l'hérédo-syphilis est la cause première de l'immense majorité des cas de P. G. juvéniles et de bon nombre

d'encéphalopathies infantiles. Il conseille l'emploi du B.-W. et l'examen du L. C.-R. Stephens en 1918 trouve la réaction de B.-W. très fréquemment positive, mais habituellement *faible* dans 100 cas d'idiotie.

En 1917, Babonneix et David montrent que, comme l'enseignent depuis longtemps Fournier et Gaucher, les stigmates de la dégénérescence ne sont autre chose que des stigmates d'hérédo-syphilis. En 1921 P. Kahn rapporte un cas de pithiatisme lié à l'hérédo-syphilis et fait du pithiatisme une manifestation de la dégénérescence, ici d'origine syphilitique.

La même année paraît l'ouvrage d'Edmond Fournier : « Syphilis héréditaire de l'enfance », dans lequel l'auteur professe que les lésions du système nerveux imputables à l'hérédo-syphilis paraissent capables de provoquer tous les syndromes neuro-pathologiques connus. Bien qu'antérieur aux précédents, l'important travail de Heuyer mérite une mention toute spéciale. Il fixe ainsi l'étiologie de la dégénérescence : *hérédité alcoolique : 50 0/0 ; hérédité syphilitique et tuberculeuse : chacune 25 0/0 des cas.* Depuis, son opinion s'est modifiée, ainsi que le montre la thèse de son élève P. Mâle (1927). Celui-ci trouve la syphilis héréditaire avec certitude chez les enfants anormaux dans 40 0/0 des cas. Mais la grande fréquence des formes latentes ou difficiles à diagnostiquer lui semble indiquer que cette proportion est inférieure à la réalité. D'autre part, c'est seulement dans 16 0/0 des cas que d'autres étiologies (*tuberculose, alcool, psychopathies, traumatismes obstétricaux, encéphalite, affections de l'enfance*) peuvent être relevées. Nous remarquerons que P. Mâle n'a pas pratiqué systématiquement l'examen du L. C.-R. dont l'étude constitue à notre avis un élément d'information capital. Signalons encore la Conférence de la syphilis héréditaire de Paris (5-7 octobre 1925) au cours de laquelle MM. Leredde, Carle, Laignel-Lavastine, Queyrat, mettent en évidence l'origine hérédo-syphilitique fréquente des syndromes psychopathiques de l'enfance. Enfin G. Heuyer et Mlle Badonnel, en juin 1928, parmi 669 enfants examinés en 1927 à la Consultation de neuro-psychiatrie infantile, ont relevé les facteurs étiologiques suivants :

Hérédité syphilitique (certaine, probable ou suspecte) dans 40,24 0/0 des cas, contre 13,7 0/0 pour l'hérédité névro- et psychopathique, 6,11 0/0 pour l'hérédité alcoolique, 3,28 0/0

pour l'hérédité tuberculeuse, et 36,66 0/0 de facteurs indéterminés ou acquis, ces derniers en très faible proportion.

Nous ne croyons pas que l'étude de l'étiologie hérédo-syphilitique des psychopathies de l'adulte ait fait jusqu'ici l'objet de travaux d'ensemble. Par contre, à l'occasion de recherches sur le rôle de la syphilis en pathologie mentale, dans lesquelles la syphilis acquise a été surtout envisagée, les auteurs ont été amenés à citer des cas pathologiques se rapportant à des adultes, et dans lesquels l'hérédo-syphilis était en cause. Pour cette raison, il nous semble utile de nous arrêter un instant sur la question des « *psychoses syphilitiques* », l'action pathogène de l'hérédo-syphilis pouvant être, dans certains cas, assimilée à celle de la syphilis acquise.

ÉTUDE DOCUMENTAIRE DES PSYCHOSES SYPHILITIQUES

Une des questions les plus débattues de la psychiatrie, question non encore résolue d'une façon concluante, est celle de savoir s'il existe ou non des psychoses luétiques en outre de celles produites par processus méningo-encéphalitiques, soit par syphilis héréditaire, comme la débilité mentale, l'imbécillité, l'idiotie, l'épilepsie, la démence progressive et la paralysie générale juvénile (*Ueber die Juvenile Paralyse,* Schmidt-Kræpelin, 1920), soit par syphilis acquise, telles que la démence paralytique et les diverses formes de syphilis méningo-cérébrale vasculaire et gommeuse, avec troubles mentaux de type démentiel qu'on a dénommées pseudo-paralysies générales syphilitiques, dont le cours est fort irrégulier, les unes évoluant rapidement, les autres lentement vers la démence et la paralysie ; parmi ces diverses formes se détachent la forme démentielle, la forme apoplectique et la forme épileptique.

Jusqu'aux travaux de Plaut (*Ueber Halluzinosen der Syphilitiken,* 1913), les auteurs se sont montrés fort réservés avant d'attribuer à la syphilis certaines psychoses apparues chez les syphilitiques ; en effet, on pensait surtout à la possibilité d'une coïncidence de deux processus indépendants. Cependant, le fait que la démence paralytique était déjà connue comme affection luétique, induisit certains auteurs

à croire qu'il était probable que le virus de la syphilis fût capable de produire des syndromes mentaux divers. Cela est beaucoup plus compréhensible si l'on considère que la démence paralytique peut offrir des formes cliniques psychiques variables : forme démentielle, forme maniaque ou expansive avec délire des grandeurs, forme dépressive ou mélancolique, forme délirante aiguë avec agitation et trouble hallucinatoire, forme euphorique et forme avec hallucinations auditives.

Kræpelin (1910) croit que dans le cours de l'évolution de la syphilis, comme dans les infections et intoxications aiguës, apparaissent des formes cliniques, spécialement la neurasthénie syphilitique du début ou des premières périodes de l'infection, les pseudo-paralysies syphilitiques avec symptômes de confusion délirante, des syndromes de Korsakoff et des formes paranoïdes avec idées délirantes et hallucinations, surtout auditives. Gilbert Ballet (1911) a décrit « des accès prémonitoires de mélancolie de la P. G. », c'est-à-dire des crises mélancoliques sans aucun symptôme de débilité mentale et sans symptômes somatiques de neuro-syphilis, qui vont s'améliorant et disparaissent ; et ce n'est qu'après des mois ou des années qu'apparaît le tableau psychique et somatique de la P. G.

Nous citerons de même les *psychoses tabétiques*, qui n'ont rien à voir avec la tabo-paralysie, car elles ne présentent point les caractéristiques organiques et démentielles de la psychose paralytique et qui ont fort bien été étudiées par Meyer et par Cassirer. En effet, dans le cours du tabes, on a observé des états dépressifs, des états maniaques, des états confusionnels, des états catatoniques, des états paranoïdes et des défauts de la sphère éthique (Carl von Rad, Brodniewicz, Truelle, etc.). *Urechia* a étudié spécialement l'anatomie pathologique de ces psychoses tabétiques (*L'Encéphale*, n° 5, 1922).

Cela a fait penser à la possibilité de tabes compliqués de syphilis cérébrale. Il est intéressant de signaler les cas de tabès avec troubles éthiques et moraux mais sans altérations intellectuelles ni, par conséquent, démentielles, cas ne se manifestant que par l'irritabilité, la brutalité envers la famille, l'égoïsme, la négligence des devoirs familiaux, les perversions sexuelles, la décadence sociale, etc... Dans un de ces cas, Urechia rencontra une infiltration vasculaire de cellules plasmatiques et de la lymphocytose. Il est fort vraisemblable que dans les cas de tabes avec pychose, il s'agisse de syphilis cérébro-spinale. Dans quelques cas autopsiés, on a trouvé des

infiltrations vasculaires de type lymphocytique et plasmatique dans la pie-mère, méningo-encéphalitiques dans la base, avec ou sans productions gommeuses ; des endartérites syphilitiques des petits vaisseaux ; des altérations diffuses parenchymateuses avec ou sans infiltration méningée et des lésions semblables à celles de la démence paralytique (Sioli, Schröder, Jacob, Hassin). Dans d'autres cas, il y a des plaques de méningo-encéphalite superficielle.

Le point le plus intéressant est le rapport que les psychoses révélées chez les syphilitiques peuvent garder avec ce processus infectieux. La plupart des observations de psychoses syphilitiques publiées avant que l'on ne connût les réactions neuro-spécifiques du L. C.-R. manquent de valeur décisive. Mais il n'en est pas de même pour celles dans lesquelles on a examiné complètement dans le L. C.-R. ces réactions, surtout les colloïdales.

Effectivement, on a décrit chez les syphilitiques des états neurasthéniques, des psychoses maniaques-dépressives, des états délirants, des hallucinoses aiguës, des formes de confusion mentale, d'hébéphrénie, des psychoses paranoïdes, le syndrome de Korsakoff et l'épilepsie à équivalents psychiques.

On a supposé que le premier groupe, c'est-à-dire celui des troubles mentaux à processus méningo-vasculaires corticaux inflammatoires et les psychoses du tabes étaient dûs à des lésions syphilitiques dégénératives, tandis que les psychoses des syphilitiques résulteraient d'altérations dans le métabolisme des neurones, ce pour quoi elles acquéreraient un aspect fonctionnel et non organique.

Klein (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, t. 5 et 6, 1899) décrit une forme paranoïde hallucinatoire à excitation violente ; Krause, dans sa communication à la « *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte* », Munich, 1899, a décrit des formes paranoïdes à dépression avec ou sans hallucinations et une psychose syphilitique débutant par de la mélancolie hypocondriaque et suivie d'un état paranoïde hallucinatoire, et des états paranoïdes aigus avec incohérence grave. Wollenberg et Ziehen, dans leurs traités respectifs de psychiatrie, décrivent des cas d'excitation hallucinatoire et de confusion mentale. Jolly (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, t. I, 1901) fait la description de syndromes paranoïdes hallucinatoires non systématisés. Kræpelin, dans son traité de psychiatrie, cite des cas de maniérisme, stéréotypie et catatonie finale.

C'est Plaut, qui, se basant sur les essais de laboratoire (sang et L. C.-R.), établit que les cas cliniques les plus divers (excitation délirante avec angoisses et hallucinations auditives ; excitation avec symptômes catatoniques, négativisme et stupeur ; états crépusculaires avec angoisse, absences et accès épileptiques) coïncident avec des lésions d'endartérite dans les petits vaisseaux corticaux. Si nous examinons à nouveau les observations cliniques de Plaut, nous remarquerons qu'elles correspondent à diverses formes de psychoses hallucinatoires aiguës et chroniques, avec symptômes psychiques organiques chez les syphilitiques : cas d'excitation anxieuse à évolution aiguë et suraiguë qui guérissent presque toujours dans un espace de quelques semaines à un an, de dépression, de psychoses paranoïdes hallucinatoires dans la période secondaire de la syphilis, sans symptômes démentiels, mais avec symptômes somatiques, réaction de B.-W. positive dans le sang et quelques altérations dans le L. C.-R. ; et des formes chroniques de type schizophrénique, paranoïde, hallucinatoire avec idées de persécution, mais sans troubles mentaux de type organique, qui sont d'habitude incurables. L'état de quelques malades s'est amélioré par le traitement. D'autres auteurs ont publié récemment des cas de psychose hallucinatoire chronique sur des sujets atteints de syphilis nerveuse (Claude, Targowla et Daussy, *L'Encéphale*, n° 3, 1927 ; Targowla et Mlle Serin, *Soc. de Psych. de Paris*, 1927).

De cette rapide revue des psychoses syphilitiques, nous déduisons qu'elles se manifestent par des syndromes mentaux avec prédominance d'*hallucinose auditive, idées délirantes paraphréniques, confusion mentale, état d'angoisse, sans altération spéciale de la conscience et sans issue démentielle.* Avec les progrès actuels du diagnostic biologique de la neuro-syphilis, au moyen, non seulement de la réaction de Wassermann dans le sang et dans le L. C.-R., mais encore de la recherche dans ce dernier de l'albumine, des globulines et des réactions colloïdales, nous croyons qu'on peut faire un pas de plus dans le sens de l'interprétation étiologique de ces psychoses.

Nous ne reviendrons pas, à propos de l'hérédo-syphilis, sur les tableaux cliniques rapidement esquissés dans l'étude documentaire que l'on vient de lire, notre but étant avant tout la recherche du rôle *étiologique* de l'infection spécifique congénitale.

CHAPITRE PREMIER

DU RÔLE ÉTIOLOGIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS LES PSYCHOPATHIES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

1° Bases du diagnostic de l'hérédo-syphilis de l'enfance et de l'adolescence

Les manifestations de la syphilis héréditaire de l'enfance rentrent dans le cadre de ce que l'on a appelé la *syphilis héréditaire tardive. Elle peut se définir avec Carle, l'expression tertiaire de la syphilis congénitale ordinaire, dont les symptômes secondaires, normalement survenus au cours des premières années, sont passés inaperçus ou ont été autrement qualifiés.* Il n'y a pas de syphilis tardive, il y a des symptômes tardifs d'une syphilis transmise méconnue. Les symptômes de cette syphilis héréditaire se classent en deux ordres de faits :

1° *Manifestations propres à l'hérédo-syphilis tardive,* qui ne sont autres que des lésions tertiaires.

2° *Stigmates héréditaires,* ou mieux, congénitaux, qui sont eux-mêmes de deux ordres :

a) les uns sont des *cicatrices de lésions actives ;*

b) les autres ne sont que la conséquence de *troubles de la nutrition,* de la croissance, du développement d'un organisme syphilitique. Ce sont les *stigmates dystrophiques.* Ils ne sont pas de *nature,* mais seulement d'*origine syphilitique.*

La connaissance de ces signes cliniques de l'hérédo-syphilis a une grande importance pour le diagnostic : certains sont pathognomoniques, d'autres sont plus discutés. Bien souvent, la réunion de plusieurs stigmates donne au jeune malade une physionomie spéciale qui impose presque le diagnostic. Mais ce dernier ne saurait être précisé, la plupart du temps, que par d'autres arguments, tirés d'une part de l'enquête familiale (grands-parents, parents, collatéraux) et d'autre part de l'enquête biologique : examen du sang et du L. C.-R. du sujet, si possible de ses parents, de ses frères et sœurs. Malgré la mise en œuvre de tous ces moyens, il arrive qu'on ne puisse affirmer la syphilis, et qu'on soit obligé, avec Marfan, de ran-

ger les malades dans une des 3 catégories : Syphilis héréditaire *certaine, probable, possible.*

Le cadre restreint de ce rapport ne nous permet pas de nous étendre sur les divers symptômes susceptibles de révéler la syphilis héréditaire. Nous rappellerons seulement que parmi eux, les lésions en activité et les stigmates cicatriciels constituent seuls des éléments de certitude. Les stigmates dystrophiques et tératologiques sont des éléments diagnostics de probabilité, de valeur variable. Les réactions biologiques, B.-W., du sang ou du L. C.-R. sont des symptômes de certitude, *en tant que l'impossibilité de la contagion peut être affirmée.* Nous dirons plus loin ce qu'on doit penser d'autres altérations biologiques. Enfin l'enquête familiale peut évidemment apporter la certitude (aveu, B.-W. + des parents, maladie syphilitique) et tous les degrés de la probabilité (fausses-couches, morts-nés, prématurés, polyléthalité, convulsions, méningites, etc...).

2° Etude clinique et biologique de cent onze cas de psychopathies de l'enfance et de l'adolescence

Cette étude a été faite au laboratoire de Maréville par l'un de nous, en collaboration avec le Dr P.-L. Drouet, de Nancy. Elle a fait l'objet d'un mémoire couronné en 1928 par la « Ligue Nationale Française contre le péril vénérien ». Nous en extrayons les précisions cliniques et biologiques ci-dessous:

A. — Diagnostic clinique

1° *Enquête familiale.* — Cette enquête fut à peu près impossible. Dans 3 cas seulement elle nous permit d'affirmer la spécificité héréditaire.

2° *Manifestations actives.* — Chez 2 malades seulement nous avons trouvé des accidents évolutifs : une ostéo-arthrite du genou, en voie de régression à la suite de traitement spécifique, avec B.-W. + dans le sang et le L. C.-R. ; et une gomme ulcérée avec périostite du tibia, Meinicke + et hyperalbuminose rachidienne.

3° *Séquelles nerveuses.* — 9 fois il y avait séquelles nerveuses : hémiplégie, paraplégie, choréo-athétose. 7 fois les réactions biologiques furent positives.

4° *Stigmates cicatriciels.* — 2 fois cicatrices pigmentées de

syphilides de la face (2 frères) ; B.-W. + et altération du L. C.-R. 1 fois cicatrices radiées péribuccales ; B.-W. + et hyperalbuminose.

5° *Kératite.* — 5 fois kératite interstitielle avec sérologie +.

En dehors de ces symptômes, témoins indiscutables de l'infection spécifique, ce sont les stigmates dystrophiques qui ont été le plus fréquemment observés :

1° *Dystrophies craniennes.* — Nous les avons rencontrées 45 fois, soit 40 0/0.

13 fois : bosse occipitale marquée, dont 9 avec sérologie + et 4 avec hyperalbuminose.

2 fois : crâne en carène, sérologie +.

30 fois : saillies diverses, frontales, pariétales ou asymétrie, dont 19 avec sérologie +, 6 avec hyperalbuminose, 2 à antécédents connus, et 2 à sérologie négative.

2° *Asymétrie faciale.* — 20 malades présentaient de l'asymétrie faciale associée dans 6 cas seulement à des malformations crâniennes. 14 avaient une sérologie + et 6 de l'hyperalbuminose.

3° *Stigmates dentaires.* — Chez 41 malades on notait des malformations dentaires, soit 37 0/0. La dent d'Hutchinson dans 2 cas seulement, le tubercule de Carabelli dans 2 cas. Le reste consistait en implantation irrégulière avec voûte ogivale, stries, érosions, écartement marqué des incisives. Les réactions étaient positives dans 30 cas, 5 fois il y avait hyperalbuminose, 2 fois antécédents certains. La sérologie était positive dans les 2 cas de tubercule de Carabelli.

4° *Déformation du nez.* — 3 fois le nez en selle.

5° *Strabisme.* — Chez 7 malades, on notait du strabisme interne. Pour 6 de ces enfants, il y avait caractère familial : 4 frères et sœurs d'une part, 2 de l'autre. Sérologie + dans les 7 cas.

6° *Dystrophies des membres.* — On relève : 1 fois le tibia Lannelongue, 5 fois des déformations rachitiques, 1 fois malformation tératologique : syndactylie, absence de métacarpiens.

7° *Axyphoïdie.* — Stigmate tératologique de grande valeur (Queyrat, Sézary).

Nous l'avons rencontrée 30 fois, soit 27 0/0 dont 27 fois avec des examens biologiques positifs.

8° *Incontinence d'urine.* — Nous l'avons rencontrée 19 fois.

Absence de dystrophies. — La recherche des signes cliniques a été négative chez 16 malades, soit 14 0/0 (Leredde donne 29 0/0).

En conclusion, nous pouvons faire ressortir :

1° la rareté des accidents évolutifs et des stigmates cicatriciels.

2° la grande fréquence des dystrophies craniennes, dentaires, faciales, oculaires, tératologiques (axyphoïdie). Ces stigmates sont presque toujours combinés.

3° l'identité de ces stigmates avec ceux décrits comme stigmates de la dégénérescence.

4° le nombre important de malades ne présentant aucun de ces symptômes extérieurs de dégénérescence.

B. — Diagnostic biologique

1° *Examen du sang.* — Leredde, dans une statistique de 141 cas de syphilis héréditaire tardive, a obtenu un pourcentage de 97,8 0/0, en utilisant 3 méthodes différentes de recherches ; il insiste sur la fréquence des réactions atténuées. Nos examens ont porté sur 110 malades et ont été effectués par les méthodes de Hecht, Calmette, Jacobsthal et Meinicke. 77 fois nous avons obtenu une réaction positive, soit 72 0/0. La réaction de Hecht a été positive 37 fois, celle de Calmette 58 fois, celle de Jacobsthal 21 fois, celle de Meinicke 12 fois. 11 fois seulement le Hecht fut la seule réaction positive, 21 fois le Calmette, le Jacobsthal jamais, le Meinicke 3 fois, dont 1 fois chez une malade présentant une gomme du tibia.

Les combinaisons de réactions le plus fréquemment observées furent : Hecht et Calmette + = 14 fois; Hecht, Calmette et Jacobsthal + = 10 fois ; Calmette et Jacobsthal + = 9 fois; Hecht et Meinicke + = 3 fois. Les 4 réactions ne furent positives qu'une fois simultanément.

2° *Examen du L. C.-R.* — Nous avons pratiqué la ponction lombaire sur 100 de nos jeunes malades. Nos recherches ont porté sur la pression (*mesurée dans 33 cas avec l'appareil de Claude*), la réaction de fixation (*B.-W. et Jacobsthal*), la cytologie, l'albumine totale (au Sicard).

22 examens furent entièrement négatifs. Dans 78 cas (78 0/0) des altérations furent notées. Chez nos 16 malades sans stigmates, 14 fois il y eut des altérations du L. C.-R. et chez 4 de ces sujets elles constituèrent les seuls stigmates biologiques.

1° *Pression.* — Dans 16 cas sur 33, soit 50 0/0, il y avait hypertension, les taux variant de 26 à 43 cm. d'eau. 9 fois il y avait hyperalbuminose et 4 fois B.-W. + dans le L. C.-R. 11 fois le B.-W. du sang était +. L'hypotension a été notée 3 fois (difficulté de recueillir quelques centimètres de liquide). Elle coïncidait avec l'hypotension artérielle et un B.-W. + dans le sang.

2° *Lymphocytose.* — 8 fois hyperlymphocytose discrète (2 à 4 éléments).

3° *Hyperalbuminose.* — Recherchée 90 fois, en considérant le chiffre de 0,25 comme déjà subnormal, nous l'avons rencontrée 55 fois, dont 8 fois à 0,25, et 47 fois de 0,30 à 0,70. Soit au total 61 0/0. 11 fois elle coïncidait avec B.-W. + du L. C.-R., dont 2 fois avec hyperlymphocytose.

Sur les 44 cas restant, 3 s'accompagnaient de pleiocytose, 41 fois l'hyperalbuminose était la seule modification rachidienne ; mais 25 fois sur 41 il y avait sérologie positive. Il reste dons 16 cas où l'hyperalbuminose fut le seul signe biologique, coexistant avec des stigmates dystrophiques.

4° *Réactions de fixation.* — Nous avons utilisé les techniques de Wassermann (*type*) et de Jacobsthal. Nous avons trouvé 19 résultats positifs sur nos 100 sujets, soit 19 0/0.

En résumé, de cette étude du L. C.-R., il ressort que l'hypertension est fréquente, la lymphocytose rare et à peine marquée (7,14 0/0), l'hyperalbuminose est très fréquente, 61 0/0, et souvent isolée (16 cas sur 55 soit 29 0/0). Nous avons rencontré les combinaisons suivantes :

Lymphocytose seule : 1 cas.
Hyperalbuminose et B.-W. + : 11 cas.
Albuminose isolée : 16 cas.
Albuminose et pleiocytose : 3 cas.
Albuminose et B.-W. + dans le sang : 25 cas.

Constatons encore qu'il n'existe pas de parallélisme entre le B.-W. du sang et celui du L. C.-R. (notion d'ailleurs admise). Si nous étudions à ce point de vue les 100 malades ponctionnés, nous voyons que 56 fois le sang seul donne une réaction positive, 4 fois le L. C.-R. seul, et 15 fois le sang et le L. C.-R. ensemble. Au total, dans 75 0/0 des cas, l'étude du sérum et les réactions de fixation dans le L. C.-R. ont donné une indication pour le diagnostic.

En conclusion de cette étude biologique de l'hérédo-syphilis tardive, nous pouvons dire qu'il est absolument indispensable

de pratiquer des recherches de laboratoire. Elles doivent être complètes et utiliser le plus de méthodes possibles. C'est en appliquant ces idées que nous avons obtenu sur 108 hérédos (certains, probables ou possibles) 81 B.-W. positifs à taux divers (sang et L. C.-R.), 16 albuminoses isolées. — 1 association hyperlymphocytose + hyperalbuminose —, 1 pleiocytose isolée, soit le taux élevé de 91 0/0 de renseignements biologiques obtenus.

3° Interprétation des données du laboratoire pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis de l'enfance et de l'adolescence

Pour l'étude des sérums sanguins, nous avons constamment pratiqué la réaction de fixation en employant les trois techniques suivantes :

1° *Réaction de Bauer-Hecht modifiée avec détermination de l'index hémolytique ;*

2° *Réaction de Calmette au sérum chauffé ;*

3° *Procédé de Jacobsthal avec fixation à la glacière ;*

4° En outre, nous avons effectué très souvent la *réaction d'opacification de Meinicke* au tolu-Antigène. Les réactions sanguines ont été recherchées dans la totalité des cas et la ponction lombaire pratiquée sur 100 de nos sujets. Nous avons procédé *personnellement* à toutes les recherches de laboratoire.

La nécessité absolue de l'emploi simultané de ces diverses techniques, préconisée notamment par Leredde, nous a été démontrée par la *diversité des combinaisons de résultats négatifs, partiels et positifs constatés chez des sujets appartenant à une même famille d'hérédo-syphilitiques certains.* Ayant eu en effet plusieurs fois la bonne fortune d'observer 3 ou même 4 sujets d'une même famille, nous avons pu constater par exemple qu'à une hypertension ou à une hyperalbuminose isolée du liquide rachidien chez l'un, pouvait correspondre chez deux de ses frères un B.-W. sanguin +.

Nous avons également rencontré plusieurs fois, chez des hérédos certains, tantôt un Calmette seul positif, tantôt un Hecht ou un Meinicke, associés ou non à des altérations du L. C.-R. De semblables constatations, maintes fois répétées, nous ont amenés à une conception très large de *l'interprétation*

qui doit être faite des résultats du laboratoire dans l'étude de l'hérédo-syphilis. Alors que, pour le diagnostic de la syphilis acquise, la concordance des résultats obtenus à l'aide des diverses techniques permet seule une attitude affirmative, au contraire, dans le dépistage de l'hérédo-syphilis, les résultats dissociés ne doivent être tenus ni pour négatifs, ni pour douteux. A notre avis, ils doivent être considérés comme des symptômes autonomes, de *véritables stigmates biologiques.* Leur valeur n'est pas absolue, s'ils sont isolés, mais rapprochés d'autres symptômes, tirés de l'examen clinique, ils peuvent permettre de fixer le diagnostic. Le temps n'est plus d'ailleurs où les sérologistes rejetaient comme entachés d'erreur tout résultat dissocié : R. Demanche et L. Guénot, comparant entre elles les réactions de Hecht, de Calmette, de Wassermann, de Vernes et de Meinicke, font observer qu'il est très difficile d'établir un classement, et que la sensibilité n'est pas répartie suivant une règle constante. *Les discordances ne sont pas un simple accident,* elles tiennent sans doute pour une part à la valeur intrinsèque des méthodes et des antigènes, *mais aussi à l'état physico-chimique des sérums.* Dans une très belle monographie (*Diagnostic biologique de la syphilis héréditaire,* 1926), J. Mouriz (de Madrid) exprime des opinions qui viennent entièrement à l'appui de nos idées : la réaction de B.-W. continue à être la méthode la plus exacte pour établir le diagnostic de la syphilis. Les réactions de floculation et d'opacification la complètent et, si elles coïncident avec elle, renforcent sa valeur. *Chez les malades latents et les héréditaires, la positivité d'une ou de plusieurs réactions, bien que celle de B.-W. soit négative, renforce les soupçons cliniques et permet d'asseoir le diagnostic d'hérédo-syphilis. Les simples retards de l'hémolyse, cas très fréquent dans la syphilis héréditaire, confirmeront le diagnostic, si quelqu'une des autres réactions est positive.*

Quelle valeur donner à l'hypertension du L. C.-R. ? Par sa fréquence et sa coexistence avec d'autres stigmates biologiques, elle nous paraît être chez les jeunes hérédos un symptôme assez important. Vraisemblablement, elle traduit un processus infectieux lent, insidieux, une méningite séreuse fruste ou latente, qui pourrait se ranger cliniquement à côté des types subaigus, ou localisés pseudo-tumoraux, ou périodiques.

L'hyperlymphocytose est rare. Elle indique une réaction

méningée dont elle est la première manifestation. Chez nos malades, plutôt dystrophiques, la réaction méningée est cliniquement éteinte. La lymphocytose disparaît, alors que l'hyperalbuminose, plus tenace, persiste.

Celle-ci en effet était déjà considérée par Bloch et Vernes, en 1914, comme un signe rétrospectif de syphilis héréditaire. Rabeau, dans sa thèse, inspirée par Ravaut, lui consacre une importante étude. Il l'a fréquemment observée à des taux divers. Le taux est d'autant plus élevé que l'enfant présente des accidents évolutifs. Chez l'hérédo-dystrophique, elle n'est pas constante et son chiffre est peu élevé, de 0,30 à 0,60. Ce sont aussi les chiffres que nous avons trouvés. L'hyperalbuminose isolée est relativement fréquente. Il ressort nettement de notre étude qu'elle constitue chez l'enfant un bon signe de syphilis héréditaire. Si l'on examine les rapports de l'albuminose isolée avec l'âge du sujet, il apparaît qu'elle devient plus fréquente à mesure que l'infection vieillit, et que par conséquent s'atténuent les autres symptômes biologiques. Elle traduirait ainsi une évolution infectieuse latente, rebelle, et capable d'expliquer les désordres psychiques constatés.

4° Rapports des psychopathies du jeune âge avec l'hérédo-syphilis

A. — Rapports de fréquence

De nos 111 malades, 31 ont été pris dans un hospice d'enfants anormaux, 2 dans un service de médecine, 38 à l'Asile et 40 parmi les jeunes détenus. Ils présentaient soit de l'arriération mentale, soit des perversions instinctives, associées ou non, compliquées parfois d'épilepsie. Quelques adolescents étaient atteints de confusion mentale ou de démence précoce.

Rappelons que Heuyer et ses élèves fixent à plus de 50 0/0 la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les enfants anormaux. Marcel Pinard a obtenu *50 0/0 de B.-W. positifs,* dans les asiles qui abritent l'enfance criminelle. Nos chiffres sont nettement supérieurs, puisque nous arrivons à 83 0/0, compte tenu seulement des hérédos certains.

Hâtons-nous de dire que nous ne prétendons pas apporter une statistique, au moins en ce qui concerne les enfants ou adolescents de l'hospice et de l'asile ; toutefois nous n'avons pas été guidés dans notre choix par des renseignements préala-

bles, et nous les avons pris au hasard. Nous pensons que l'importance de notre pourcentage est *surtout due à la pratique constante de l'examen du L. C.-R. et à l'emploi systématique de 4 procédés pour l'étude des sérums.*

B. — Rapports pathogéniques

On peut comprendre ainsi le rôle de l'hérédo-syphilis :

1° Elle peut intervenir directement sur le cerveau et ses enveloppes par un de ses processus habituels, encéphalite, méningite, vascularite, ou par une lésion mixte. Elle peut conditionner par une atteinte de l'embryon des lésions encéphaliques tératologiques.

2° Elle peut léser les glandes endocrines qu'elle rend impropres à remplir leur rôle dans l'harmonie du développement et du fonctionnement de l'individu.

3° Elle peut entraîner par ses lésions plus ou moins discrètes des insuffisances ou des débilités d'organes (foie, rein) dont les troubles vicient le milieu humoral (auto-intoxication, perturbation des métabolismes).

4° En outre (Ravaut) « cette Syphilis héréditaire crée un état spécial, une tare humorale, véritable diathèse syphilitique ». C'est (Hutinel et Maillet) « l'apparition d'un tempérament morbide qui dominera la constitution de l'individu, et imprimera sa marque sur toutes les maladies (par exemple la diathèse colloïdoclasique : lésions cutanées, hémoglobinurie paroxystique) ».

Si le tréponème est la cause immédiate des dystrophies locales, signature de la syphilis, il n'en est plus de même pour les *dystrophies générales,* qui sont d'origine, mais non de nature syphilitique.

Hutinel a mis en relief le rôle des lésions et des troubles fonctionnels des endocrines dans la genèse de ces dystrophies: 3 mécanismes, souvent intriqués, peuvent intervenir :

1° *Dystrophie nerveuse cérébrale,* isolée ou non.

2° *Altération du milieu humoral* (sang, L. C.-R.) par viciation des hormones régulatrices.

3° *Déséquilibre, dystonie neuro-végétative.*

Cette action des endocrines est évidemment très importante chez l'enfant et l'adolescent, au cours de l'accroissement et du perfectionnement de l'organisme (*coup de fouet à l'apparition de l'activité des glandes génitales : développement de la D. P., de la P. G. juvénile,* etc...).

S'il est facile, dans les cas de troubles glandulaires bien définis, d'incriminer les endocrines (*Porot, Syndromes mentaux d'origine endocrino-végétative*), le problème est plus complexe quand il s'agit de troubles frustes, latents, qui nécessiteront d'abord la recherche des petits signes cliniques, puis la mise en œuvre de divers procédés d'exploration (*métabolisme basal, tests glandulaires ou pharmacodynamiques, R. O. C., traitement opothérapique d'épreuve*). Sur nos 111 sujets, 93 furent examinés cliniquement, 88 fois le R. O. C. fut recherché, 72 fois le test de Parisot-Richard à l'extrait hyperthyroïdien fut pratiqué :

Voici succinctement nos constatations :

Glande thyroïde : Hypothyroïdie, marquée ou fruste : 20 cas ; Hyperthyroïdie, 23 cas.

Glande surrénale : Hypotension artérielle isolée : 8 cas.

Glandes génitales : Insuffisance : 4 cas ; Hyperfonctionnement : 2 cas.

Syndromes pluriglandulaires : 1° insuffisance thyroïdienne, surrénale, génitale = 3 cas ; 2° insuffisance thyroïdienne, surrénale = 6 cas ; 3° insuffisance thyroïdienne et génitale = 4 cas ; 4° insuffisance surrénale et génitale = 1 cas.

Dystonie neuro-végétative : le R. O. C. fut recherché 88 fois ; 36 fois il fut normal ou presque, 41 fois positif, dont 1 fois avec syncope et 1 fois avec crise épileptiforme chez un épileptique de 16 ans ; 11 fois il fut inversé.

Hypertension : 11 cas.

Diabète insipide : 1 cas.

Tests négatifs : 18, soit 25 0/0.

En résumé, sur 93 malades examinés, 70 présentaient une atteinte endocrino-végétative, soit 75,26 0/0.

Il faut en définitive considérer l'hérédo-syphilis comme constituant par ses troubles organiques spécifiques (*lésions nerveuses, méningites, vascularites*) ou fonctionnels (*lésions viscérales, endocrino-végétatives*), un terrain diathésique particulier, dont les stigmates physiques ne sont que les plus apparents, sur lequel apparaissent les psychopathies du jeune âge. *C'est le facteur prédisposant par excellence.* Si l'infection, par les lésions qu'elle détermine, dépasse le seuil de désorganisation au delà duquel le cerveau cesse de fonctionner normalement, elle devient aussi *facteur déterminant*.

Sur ce terrain peuvent agir d'autres causes. Si ces dernières

sont héréditaires (hérédité nerveuse, alcoolique, tuberculeuse, diathésique), il y aura association. Si elles sont acquises, il y aura superposition de facteurs nouveaux qui pourront déclencher la maladie ou faire apparaître des troubles jusqu'alors latents : ainsi agiront la tuberculose, les carences alimentaires, les infections, l'alcoolisme, les émotions.

Enfin, l'hérédo-syphilis, après avoir constitué un terrain peut, par un réveil tardif de l'infection, après la puberté, déterminer des affections mentales nouvelles chez des sujets apparemment sains.

Nous ne saurions dénier à d'autres facteurs un rôle étiologique dans la constitution du terrain dégénératif. Mais il nous semble que l'importance des trois causes si souvent invoquées : les hérédités alcoolique, tuberculeuse, névropathique, mérite d'être discutée.

Hérédité alcoolique. — S'il est prouvé expérimentalement que l'intoxication aiguë des géniteurs est une cause de blastotoxie, rien n'est moins précis que la nature des lésions congénitales imputables à l'alcoolisme chronique des parents et surtout du père.

Il convient aussi de rappeler l'action favorisante de l'ivresse sur la contamination vénérienne. Il n'est pas excessif de penser que sous le masque de l'éthylisme se trouve souvent la syphilis (n'est-ce pas ainsi pour la cirrhose du foie ?). Chez 52 de nos jeunes malades, nous avons recherché l'hérédité alcoolique. Nous l'avons trouvé 12 fois : mais 7 fois la sérologie était positive, 1 fois la syphilis du père était certaine et 4 fois il y avait hyperalbuminose.

Hérédité tuberculeuse. — Moins fréquemment invoquée que la précédente, l'hérédité tuberculeuse est en tous cas incapable à notre avis de déterminer des lésions comparables à l'hérédo-syphilis.

La transmission du virus filtrant à travers le placenta donne lieu à une tuberculose congénitale de façon très exceptionnelle. Le plus souvent, elle ne détermine aucune lésion anatomique spécifique (Couvelaire). Léon Bernard, examinant les faits qui ont été attribués à une hérédo-dystrophie tuberculeuse, ne croit pas à leur réalité. Il cite à l'appui de son opinion le relevé fait par Debré et Lelong à la crèche de Laënnec : sur 300 nourrissons issus de tuberculeux, ils n'ont rencontré que 4 dystrophies : 1 pied bot, 1 bec de lièvre et 2 cardiopathies.

Les médecins des préventoria font-ils mention d'un état dystrophique spécial ou d'un état mental particulier aux enfants de tuberculeux ? Ce n'est pas à dire d'ailleurs que la tuberculose ne joue un rôle considérable en pathologie mentale et surtout chez les adolescents, mais il ne s'agit pas d'hérédo-tuberculose.

Chez 52 sujets, nous n'avons pu noter que 3 fois la tuberculose des parents, 2 fois il y avait un B.-W. + et 1 fois de la lymphocytose rachidienne.

Hérédité névropathique. — Elle mérite plus d'attention et se rencontre avec fréquence, quoique souvent difficile à apprécier. Mais ce n'est que reculer le problème étiologique. Dans une lignée de névro-psychopathes, il faut expliquer par une autre cause le trouble psychique du premier des ascendants atteint dans ses facultés mentales. La syphilis héréditaire a, parmi d'autres causes, sa place toute assignée. C'est là qu'interviendront les hérédo-syphilis de seconde et de troisième génération, avec leurs sensibilisations nerveuses successives, dont les effets varient en intensité suivant la lignée infectée (masculine ou féminine). Depuis que la syphilis est mieux connue et mieux dépistée, de tels cas ne sont pas rares. En voici deux exemples :

Observation I (A.-G. Duncan). — Famille de 6 enfants : 2 atteints de P. G. juvénile, 1 troisième B.-W +, 1 fausse couche. Parents indemnes. Mais la mère a des antécédents psychopathiques : son père, 2 oncles paternels, ses deux frères sont morts aliénés.

Observation II (personnelle). — D. Marie. — Démence précoce.

A. H. — Mère dégénérée, front olympien. — 6 enfants dont 1 débile, 1 d. p. (notre malade), 1 fausse couche.

A. C. 1 tante maternelle épileptique, 1 cousin-germain de la mère interné. Examen biologique de la malade : Sérum = Hecht +, Calmette +, Meinicke + ; L. C.-R. = B.-W. négatif.

Lymphocytose 0,1, albumine, 0,20.

Chez nos 52 sujets, sur 8 hérédités névropathiques, 6 fois le B.-W. était positif et 2 fois il y avait hyperalbuminose.

5° Etat mental des sujets examinés

De nos 111 sujets (enfants ou adolescents), 91 étaient atteints d'infirmité psychique ou de dégénérescence mentale : 42 arriérés dont 9 idiots et 11 imbéciles ; 25 débiles, 23 instables ou

pervers. Nous ne pensons pas devoir nous étendre sur l'action pathogène spéciale de l'hérédo-syphilis dans ces différents cas.

Les arriérations relèvent de lésions macroscopiques, tératologiques, toxiques, inflammatoires, cicatricielles. Comme l'a dit Leredde « la syphilis héréditaire est la cause normale et quasi-constante de l'arriération mentale ». Les deux autres syndromes, débilité et perversions sont attribuables à des dysgénésies discrètes des centres cellulaires et des faisceaux d'association. Ces lésions peuvent engendrer des troubles moteurs légers (débilité motrice de Dupré). Nous pensons qu'à ces lésions nerveuses discrètes doit s'ajouter l'action dysharmonique des endocrines lésées. Ces mécanismes ont été bien étudiés par de nombreux auteurs, en particulier par Marchand, dans son ouvrage : « Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale ».

Nos 20 autres malades étaient atteints de confusion mentale, de démence précoce ou d'épilepsie. Nous aurons l'occasion d'apprécier le rôle de l'hérédo-syphilis dans ces syndromes au chapitre suivant.

CHAPITRE II

DU ROLE ÉTIOLOGIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS LES PSYCHOPATHIES DE L'AGE ADULTE

1° Bases du diagnostic de l'hérédo-syphilis chez l'adulte

Le diagnostic de l'hérédo-syphilis de l'adulte est difficile. L'atténuation des stigmates morphologiques et fonctionnels, à mesure que l'individu grandit, puis vieillit, est un fait constant et connu. Elle tient à la disparition des sujets les plus tarés. Les réactions biologiques s'atténuent de même, parallèlement à la virulence du tréponème. Elles deviennent souvent complètement négatives, mais, croyons-nous, *moins souvent qu'on ne l'a dit jusqu'ici*. Les accidents évolutifs, déjà rares dans la syphilis héréditaire tardive de l'enfant, le deviennent davantage encore, mais les syphiligraphes en ont cité jusqu'à 60 et 70 ans.

Appréciation des éléments du diagnostic

1° *Lésions actives.* — Rares, elles ont peu de caractères destructifs. Ce sont la plupart du temps des accidents du type tertiaire. Alors se pose la question de la syphilis acquise : l'âge du sujet peut donner la solution. S'il s'agit, par exemple, de syphilides tuberculo-croûteuses ou ulcéreuses, chez un jeune homme de 20 à 30, la syphilis héréditaire est très probable ou sûre. Plus tard, le diagnostic devient impossible, sauf coexistence de signes de certitude : nez en lorgnette, tibia Lannelongue, triade d'Hutchinson. Encore est-il difficile d'écarter le diagnostic de syphilis binaire.

2° *Stigmates cicatriciels.* — Témoins indélébiles d'accidents évolutifs de l'enfance, ils ont naturellement une importance capitale, mais ils sont peu fréquents. On rencontrera surtout:

a) des cicatrices cutanées (péribuccales, lombo-fessières ou autres) ;

b) des cicatrices sensorielles (kératite, nez en lorgnette, otite) ;

c) des cicatrices osseuses : ostéite, périostite ;

d) des adénopathies fistulisées du cou (scrofulo-syphilis) ;

e) des séquelles nerveuses du jeune âge.

3° *Stigmates dystrophiques.* — Beaucoup s'estompent quand l'organisme se développe. Seuls persistent les très gros signes : front olympien, crâne natiforme, tibias en lame de sabre, etc... De plus, les sujets hérédo-syphilitiques sans stigmates sont relativement plus nombreux que dans l'enfance.

4° *Stigmates tératologiques.* — Immuables, ils ont une grosse importance (axyphoïdie, syndactylies, etc...).

5° *Enquête familiale.* — Elle devient beaucoup plus difficile, suivant l'âge du malade et la disparition des parents, mais elle revêt toujours la même importance.

6° *Enquête biologique.* — On comprend qu'elle est loin de tenir la même place que dans le diagnostic de la syphilis congénitale de l'enfance.

A. Les réactions positives dans le sérum sont, nous l'avons dit, plus atténuées et moins fréquentes. Si elles existent, même peu marquées, le problème de la syphilis acquise est souvent impossible à résoudre. En l'absence de stigmates de certitude, on ne pourra se baser que sur des nuances : s'il s'agit d'un homme marié, sa femme aura eu des accouchements normaux, ses enfants paraîtront indemnes. En réalité, chaque fait demandera à être interprété, discuté.

B. L'hyperlymphocytose et l'hyperalbuminose, d'ailleurs non spécifiques, le B.-W. du L. C.-R., donnent lieu aux mêmes restrictions.

Toutefois, l'hyperalbuminose isolée, coïncidant avec des stigmates morphologiques très accusés et nombreux, nous paraît un indice non négligeable d'hérédo-syphilis. Mais il est bien évident que chez l'adulte, des causes toxiques ou infectieuses autres que la syphilis, sont capables de déterminer une réaction méningée dont l'hyperalbuminose reste le témoin.

En résumé, le diagnostic qui, chez l'enfant, se base solidement sur les réactions biologiques, qui signent l'hérédo-syphilis, ne peut, chez l'adulte, tirer de ces mêmes réactions que des indices. Les stigmates de certitude étant très rares, c'est en définitive l'enquête familiale qui restera le meilleur élément d'information. En pratique, l'hérédo-syphilis pourra rarement être affirmée en dehors de *la notion de syphilis certaine des parents,* et les *syphilis héréditaires de présomption* seront les plus nombreuses.

Dans les Asiles, le problème est ardu. L'enquête familiale est plus difficile à faire que dans la clientèle privée. L'examen clinique et biologique devra être très approfondi et tenir compte de toutes les nuances.

Le traitement d'épreuve lui-même, si précieux chez le jeune sujet, n'aura ici qu'une valeur très relative. Enfin, nous estimons que, dans le cas particulier des maladies mentales, l'existence de la dégénérescence mentale, facteur constituant ou prédisposant de certaines formes pathologiques, peut être considérée comme un stigmate de syphilis congénitale.

On peut encore remarquer qu'à l'Asile, l'étude de l'hérédo-syphilis de l'adulte ne peut pas être complètement distincte de celle de la syphilis acquise :

1° *parce que le laboratoire renseigne sur l'une et l'autre indistinctement,* la discrimination devant se faire ensuite ;

2° parce que, chez l'adulte, syphilis et hérédo-syphilis peuvent, par une action pathogène semblable, donner lieu à des formes cliniques semblables, au moins dans certains cas: c'est vrai pour la P. G. puisque l'on cite des cas de P. G. par syphilis congénitale survenus à 30 ans et plus. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour d'autres maladies mentales où coexistent signes somatiques divers et réactions biologiques ?

C'est pour ces raisons qu'il ne nous est pas possible de limiter à la seule hérédo-syphilis l'exposé de nos recherches de laboratoire, dont nous allons maintenant donner un aperçu.

2° Résultats de quatre années de recherches sur le sang et le L. C.-R. au laboratoire de l'Asile de Maréville

Les chiffres que nous allons donner représentent le travail normal du laboratoire de l'Asile *et non une statistique.* Ils concernent des malades suspects de syphilis acquise ou héréditaire.

Environ 800 réactions de fixation dans le sérum ou le L. C.-R. et souvent dans les deux ont été pratiquées.

Les résultats concernant les malades de moins de 20 ans sont exposés au chapitre précédent.

Les paralytiques généraux et les syphilitiques acquis certains ont été écartés, ainsi que les idiots et imbéciles à rapprocher des sujets jeunes.

Nous avons également passé sous silence les cas où les recherches ont été par trop incomplètes.

A. — Résultats d'ensemble

Nous avons de cette façon retenu 299 psychopathes adultes chez lesquels nous avons pratiqué les mêmes recherches que chez nos jeunes sujets.

Les tableaux suivants donnent les résultats globaux obtenus :

1° *Sérum sanguin*

Réaction de :	Pratiqués	Résultats +	Résultats –	Proportion des R +
Hecht.......	272	37	235	13,60 0/0
Calmette....	273	57	216	20,87 0/0
Jacobsthal..	237	24	213	10,16 0/0
Meinicke ...	128	19	109	14,84 0/0

On voit par ces chiffres que la réaction de Calmette au sérum chauffé a donné une proportion de résultats positifs plus considérable que celle de Hecht au sérum frais. Contrai-

rement à l'opinion la plus répandue, nous pensons que cette dernière peut fort bien se montrer négative quand la réaction de Calmette est positive. L'écart est d'ailleurs moindre qu'il ne paraît, si l'on tient compte des nombreux cas où *l'absence de pouvoir hémolytique* dans le Hecht s'accompagne d'une réaction positive au Calmette. En outre, nos résultats positifs au Calmette comportent des hémolyses partielles et parfois de simples retards à l'hémolyse.

La réaction de Jacobsthal donne un pourcentage inférieur parce qu'elle n'est pas favorable à la constatation des hémolyses partielles et des retards d'hémolyse, en raison de la dose d'alexine employée (1/10 en + de la dose minima active, utilisée pour la réaction de Calmette).

2° *Liquide Céphalo-Rachidien*

Recherche	Pratiquées	Résultats +	Résultats —	Proportion des R +
R. de Wassermann.	161	11	150	6,8 0/0
R. de Jacobsthal..	147	3	144	2,04 0/0
Cytologie	144	27	117	18,75 0/0
Albuminose totale (au Sicard)	139	84	55	60,43 0/0

Remarques :

1° La réaction de Jacobsthal ne peut être comparée à la réaction de Wassermann, puisqu'elle se pratique avec une quantité beaucoup moindre de liquide rachidien.

2° Nous considérons comme anormale une lymphocytose atteignant 1,6 élément au mm. cube.

3° Nous considérons comme anormale une albuminose totale supérieure à 0,25 au Sicard et Cantaloube.

B. — Résultats par variété psychopathique

1° *Oligophrénies*, 36 cas :

Réactions effectuées dans le sang : 124 dont 26 + et 98 —, soit 20,96 0 0/0 de réactions positives.

Réactions effectuées dans le L. C.-R. : 44 dont 2 + et 42 —, soit 4,54 0/0.

Nous n'avons jamais rencontré de lymphocytose anormale. Par contre l'albumine à un taux pathologique a été trouvée dans 47,36 0/0 des cas.

2° *Psychoses épileptiques*, 37 cas :

Réactions sérum : 107, dont 14 + et 93 —, soit 13,08 0/0.

Réactions L. C.-R. : 29, dont 1 + et 28 —, soit 3,43 0/0.

Lymphocytose supérieure à 1,6 dans 30,76 0/0 des cas ; Albuminose au-dessus de 0,25 dans 38,46 0/0 des cas.

3° *Démences précoces*, 50 cas :

Réactions sérum : 151, dont 25 + et 126 —, soit 16,42 0/0.

Réactions L. C.-R. : 44, dont 5 + et 39 —, soit 11,36 0/0.

Lymphocytose : 14,76 0/0.

Albuminose : 52,38 0/0.

4° *Confusion mentale et psychoses toxi-infectieuses*, 38 cas :

Réactions sérum : 95, dont 9 + et 86 —, soit 9,47 0/0.

Réactions L. C.-R. : 42, dont 1 + et 41 —, soit 2,38 0/0.

Lymphocytose : 22,72 0/0.

Albuminose : 57,14 0/0.

5° *Alcoolisme*, 32 cas :

Réactions sérum : 98, dont 12 + et 86 —, soit 12,24 0/0.

Réactions L. C.-R. : 42, dont 0 + et 42 —.

Lymphocytose : 26,31 0/0.

Albuminose : 63,15 0/0.

6° *Psychoses hallucinatoires chroniques*, 15 cas :

Réactions sérum : 48, dont 3 + et 45 —, soit 6,25 0/0.

Réactions L. C.-R. : 17, dont 1 + et 16 —, soit 5,88 0/0.

Lymphocytose : 42,85 0/0.

Albuminose : 75 0/0.

7° *Psychoses maniaco-dépressives*, 70 cas;

Réactions sérum : 213, dont 23 + et 192 —, soit 10,79 0/0.

Réactions L. C.-R. : 62, dont 3 + et 59 —, soit 4,83 0/0.

Lymphocytose : 17,24 0/0.

Albuminose : 64 0/0.

8° *Démences organico-séniles*, 14 cas:

Réactions sérum : 45, dont 15 + et 30 —, soit 33,33 0/0.

Réactions L. C.-R. : 18, dont 0 + et 18 —.

Lymphocytose : 16,66 0/0.

Albuminose : 100 0/0.

9° *Psychoses traumatiques*, 7 cas:

Réactions sérum : 17, dont 0 + et 17 —.

Réactions L. C.-R. : 10, dont 1 + et 9 —, soit 10 0/0.

Lymphocytose : 16,66 0/0.

Albuminose : 100 0/0.

A ne considérer que les réactions pratiquées dans le sérum, on voit que l'ordre de fréquence des réactions positives a été le suivant :

A. — 1° *Démences organico-séniles,* avec 33,33 0/0 de réactions +
2° *Oligophrénies* 20,96 0/0
3° *Démences précoces* 16,42 0/0
4° *Psychoses épileptiques* 13,08 0/0
5° *Alcoolisme* 12,24 0/0
6° *Psychoses man.-dépressives* .. 10,79 0/0
7° *Confusion mentale* 9,47 0/0
8° *Psychoses hallucinatoires chroniques,* avec 6,25 0/0.
9° *Psychoses traumatiques* 0

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une statistique, puisque, nous le répétons, dans la plupart des cas la syphilis était soupçonnée, la proportion des réactions positives dans ces divers cas paraît suivre un ordre logique. Mais, bien entendu, nous n'avons nul moyen de dire, *à priori,* s'il s'agit de syphilis acquise ou héréditaire. On peut toutefois supposer que le chiffre très élevé obtenu dans les sérums de déments organiques ou séniles s'explique par une haute proportion de syphilis contractée. C'est ensuite dans la classe des oligophrènes, que le pourcentage est le plus important : il atteint 20,96 0/0, chiffre très inférieur à celui constaté chez les enfants débiles ou arriérés. Nous assistons ainsi à la raréfaction de la positivité des réactions sanguines avec l'âge *dans la syphilis héréditaire.*

Remarquons encore le rang bien modeste qu'occupe l'épilepsie, si l'on songe surtout qu'il s'agit, non d'épileptiques quelconques, mais de malades soupçonnés d'hérédo-syphilis.

Si maintenant nous considérons la proportion des réactions positives dans le L. C.-R., l'ordre de fréquence dans les diverses psychopathies s'établit ainsi :

B. — 1° *Démences précoces* 11,36 0/0
2° *Psychoses traumatiques* 10 0/0
3° *Psychoses hallucinatoires chr.* 5,88 0/0
4° *Psychoses man.-dépressives* .. 4,83 0/0
5° *Oligophrénies* 4,54 0/0
6° *Psychoses épileptiques* 3,43 0/0
7° *Confusion mentale* 2,38 0/0
8° *Alcoolisme* 0
9° *Démences organico-séniles* 0

Ces chiffres sont très faibles, sauf pour les démences précoces (11,36 0/0), ce qui ne doit pas surprendre, si l'on songe à ces cas, assez rares, mais bien connus, où la symptomatologie fait hésiter le médecin entre le diagnostic de démence précoce et celui de paralysie générale juvénile. Quant au pourcentage de 10 0/0 concernant les psychoses traumatiques, il est sans signification, concernant 1 réaction positive sur 10 pratiquées.

Si maintenant nous tenons compte simultanément des réactions pratiquées dans le sang et le L. C.-R., nous voyons que sur 299 sujets examinés :

210 n'ont présenté que des réactions négatives,

89 ont présenté des réactions positives, soit dans le sérum, soit dans le L. C.-R., soit 29,76 0/0.

Leur répartition se fait ainsi, par ordre de fréquence des réactions positives :

	Cas +	Cas –	
C. — 1° *Démences organico-séniles*	6	8,	soit 42,85 0/0
2° *Oligophrénies*	15	21,	soit 41,66 0/0
3° *Démences précoces*	18	32,	soit 36 0/0
4° *Psychoses man.-dépres.* ...	23	47,	soit 32,85 0/0
5° *Alcoolisme*	8	24,	soit 25 0/0
6° *Psychoses épileptiques* ...	9	28,	soit 24,32 0/0
7° *Psychoses halluc. chr.* ...	3	12,	soit 20 0/0
8° *Confusion mentale*	6	32,	soit 15,77 0/0
9° *Psychoses traumatiques* ...	1	6	soit 14,28 0/0

Si l'on compare ce tableau avec celui des réactions positives du sérum (A), on voit que la prise en considération des réactions du L. C.-R. ne le modifie pas. On pourrait en conclure que, chez l'adulte au moins, l'examen du sang donne des résultats suffisants et que la ponction lombaire n'est pas indispensable, si les altérations de la formule cytologique et surtout du taux de l'albumine rachidienne ne présentaient aucun intérêt, au point de vue du diagnostic de la syphilis, acquise ou héréditaire.

Mais nous pensons que ces altérations, bien qu'infiniment moins caractéristiques de l'infection spécifique que chez l'enfant ou l'adolescent, doivent être notées avec soin, et faire l'objet de recherches sérieuses, puisqu'en tous cas elles témoignent d'une réaction inflammatoire du névraxe ou de ses enveloppes.

Or, la fréquence de l'hyperalbuminose dans le L. C.-R. des sujets examinés comme susceptibles d'infection spécifique est

très grande, puisqu'elle intéresse 60,43 0/0 des cas. Nous avons vu, d'autre part, que l'hyperalbuminose du L. C.-R. peut être considérée chez les enfants comme un véritable stigmate biologique de l'hérédo-syphilis. Il est bien évident que chez l'adulte beaucoup d'autres facteurs : traumatisme, intoxication alcoolique, infections diverses peuvent la déterminer. Il n'en reste pas moins qu'en une proportion, non connue, elle peut-être due, soit à une syphilis ancienne, soit à la syphilis héréditaire.

Voici d'ailleurs dans quelle proportion nous l'avons rencontrée au cours de nos recherches :

D. —	1° *Psychoses traumatiques*	100 0/0
	2° *Psychoses organico-séniles*	100 0/0
	3° *Psychoses hallucinatoires chroniques*	75 0/0
	4° *Psychoses man.-dépressives*	64 0/0
	5° *Alcoolisme*	63,15 0/0
	6° *Confusion mentale*	57,14 0/0
	7° *Démences précoces*	52,38 0/0
	8° *Oligophrénies*	47,36 0/0
	9° *Psychoses épileptiques*	38,46 0/0

S'il paraît normal de rencontrer l'hyperalbuminose avec une telle fréquence dans les psychoses traumatiques, l'alcoolisme, la confusion mentale, au cours desquels les processus inflammatoires dominent la symptomatologie, on peut être surpris d'un pourcentage aussi élevé dans les psychoses hallucinatoires chroniques. Il faut admettre que l'hyper-albuminose représente dans les cas considérés un stigmate-séquelle d'infection ancienne, qui peut être, si d'autres symptômes permettent de le penser, la syphilis. On voit encore que les oligophrénies et les démences précoces, qui occupent les premières places dans le tableau C (fréquence des cas à réactions positives), se tiennent au contraire aux derniers rangs pour l'hyperalbuminose, avec des pourcentages comparables :

Oligophrénies, Réactions + dans 41,66 0/0 des cas. Hyperalb. 47,36 0/0 ;

Démences précoces, Réactions + dans 36 0/0 des cas. Hyperalb. 38,46 0/0.

Il est donc permis de penser que dans ces deux variétés psychopathiques, la même cause intervient pour produire, avec la même fréquence, les réactions de fixation positives et l'hyperalbuminose : ce qui est un argument en faveur de

l'origine syphilitique ou hérédo-syphilitique de l'hyperalbuminose *dans ces cas*.

Au contraire, dans la confusion mentale ou l'alcoolisme, le pourcentage des cas à réactions + et de l'hyperalbuminose diffère notablement :

Alcoolisme : Cas à Réact. +, 25 0/0 ; Hyperalb., 63,15 0/0.

Confusion mentale : Cas à Réact. +, 15,77 0/0 ; Hyperalb., 57,14 0/0.

Ces écarts considérables s'expliquent par l'intervention d'autres causes infectieuses ou toxiques capables de déterminer de l'hyperalbuminose rachidienne. Il ne faut pas oublier cependant que de nombreux cas d'hérédo-syphilis ou même de syphilis acquise ne se traduisent par aucune réaction positive.

Enfin les psychoses épileptiques arrivent au tout dernier rang pour le taux de l'albumine rachidienne, avec hyperalbuminose dans 38,46 0/0 correspondant à 24,32 0/0 de cas à réactions positives.

Nous n'insisterons pas sur la lymphocytose du L. C.-R., nous bornant à faire remarquer qu'il y a souvent parallélisme entre sa fréquence et celle de l'albuminose. C'est ainsi qu'elle n'a été trouvée exagérée dans aucun cas d'oligophrénie, et qu'au contraire le chiffre le plus élevé 42,85 0/0 a été rencontré dans nos cas de P. H. C. (albuminose, 75 0/0), le chiffre considéré comme anormal (à partir de 1,6 au mm^3) a été choisi à la suite de l'examen d'un très grand nombre de liquides.

Nous avons rencontré exceptionnellement des chiffres élevés: de 30 à 75. Ils concernaient des confus et des alcooliques. Le plus souvent, la pleiocytose variait de 1,6 à 3 éléments, parfois 4. Mais il faut bien savoir que dans les liquides tout à fait normaux, il est rare d'atteindre l'unité.

3° Statistique de l'Asile provincial de Zaldivar (1)

305 CAS DE MALADES MENTALES (FEMMES)

Les recherches suivantes ont été effectuées :

1° *Réaction de Wassermann* (type) dans le sérum sanguin ;
2° *Tension du L. C.-R.* mesurée à l'appareil de Claude ;

(1) Ces analyses ont été pratiquées avec la collaboration des Docteurs A. Feijóo, Chef du Laboratoire, et S. Aranzamendi, Médecin-interne.

3° *Examen cytologique ;*
4° *Recherche de l'albumine* par la méthode de Brandberg ;
5° *Recherche des globulines* par les méthodes de Pandy, Nonne-Apelt et Weichbrodt ;
6° *Réaction de Lange* à l'or colloïdal ;
7° *Réaction de Guillain* au benjoin colloïdal ;
8° *Réaction de Bordet-Wassermann* dans le L. C.-R.

⁂

1° *Oligophrénies,* 32 malades dont 14 avec altérations dans le L. C.-R. (45,75 0/0) :

Hypertension du L. C.-R. (+ de 20 c.c. au Claude) : 6 cas sur 24 examinés.
Hyperlymphocytose (à partir de 2 au mm. cube) : 10 cas.
Hyperalbuminose (à partir de 0,20 au Brandberg) : 5 cas.
Globulines positives : 8 cas.
Réaction de Lange, subpositive : 5 cas.
Réaction de Guillain : toutes négatives.
Réaction de Wassermann du L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann du sérum : 3 cas positifs.

⁂

2° *Psychoses épileptiques :* 14 cas dont 8 avec altérations dans le L. C.-R. (57,85 0/0) :

Hypertension : 1 cas.
Hyperlymphocytose : 4 cas.
Hyperalbuminose : 6 cas.
Globulines subpositives : 9 cas.
Réaction de Lange, subpositive : 3 cas.
Réaction de Guillain, subpositive : 2 cas.
Réaction de Wassermann dans le L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le sérum : 2 cas positifs.

⁂

3° *Démences précoces :*

a) simple : 86 cas dont 40 avec altérations dans le L. C.-R. (46,51 0/0) :

Hypertension : 12 cas (sur 60 mesurés).
Hyperlymphocytose : 20 cas.
Hyperalbuminose : 3 cas.
Globulines subpositives : 16 cas.

Réaction de Lange subpositive : 10 cas.
Réaction de Guillain : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le sérum : 5 cas positifs.

b) Hébéphréno-catatonie : 58 cas dont 26 avec altérations dans le L. C.-R. (44,82 0/0) :

Hypertension : 9 cas (sur 36 mesurés).
Hyperlymphocytose : 12 cas.
Hyperalbuminose : 2 cas.
Globulines subpositives : 10 cas.
Réaction de Lange subpositive : 5 cas.
Réaction de Guillain : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le sérum : 1 cas positif.

c) Démence précoce paranoïde : 32 cas dont 20 avec altérations dans le L. C.-R. (62,50 0/0) :

Hypertension : 7 cas (mesurés 22 cas).
Hyperlymphocytose : 15 cas.
Hyperalbuminose : 1 cas.
Globulines subpositives : 10 cas.
Réaction de Lange subpositive : 7 cas.
Réaction de Guillain : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le sérum : 3 cas positifs dont 1 concernant une hérédo-syphilitique certaine.

⁂

4° *Confusion mentale et psychoses toxi-infectieuses :*

5 cas, dont 4 avec altérations dans le L. C.-R. (80 0/0) :
Hypertension : 2 cas mesurés, normaux.
Hyperlymphocytose : 1 cas.
Hyperalbuminose : 0 cas.
Globulines subpositives : 1 cas.
Réaction de Lange subpositive : 1 cas.
Réaction de Guillain : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le sérum : 1 cas positif.

⁂

5° *Psychoses alcooliques :* 1 cas, avec 3 lymphocytes et toutes autres réactions négatives (100 0/0).

⁂

6° *Psychoses hallucinatoires chroniques :* 34 cas dont 12 avec altérations dans le L. C.-R. (35,29 0/0) :

Hypertension : 3 cas (mesurés 12 cas).
Hyperlymphocytose : 12 cas.
Globulines subpositives : 5 cas.
Réaction de Lange subpositive : 5 cas.
Réaction de Guillain subpositive : 1 cas.
Réaction de Wassermann dans le L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann dans le sérum : toutes négatives.

⁂

7° *Psychoses maniaco-dépressives :*

36 cas dont 16 avec altérations (44,44 0/0) :

Hypertension : 8 cas (sur 21 cas mesurés).
Hyperlymphocytose : 5 cas.
Hyperalbuminose : 3 cas.
Globulines subpositives : 9 cas.
Réaction de Lange subpositive : 2 cas.
Réaction de Guillain subpositive : 2 cas.
Réaction de Wassermann L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann sérum : 1 cas positif.

⁂

8° *Démences organico-séniles :* 7 cas dont 5 avec altérations (71,42 0/0) :

Hypertension : 1 cas (mesuré 1 cas).
Hyperlymphocytose : 2 cas.
Hyperalbuminose : 4 cas.
Globulines subpositives : 3 cas.
Réaction de Lange subpositive : 2 cas.
Réaction de Guillain : toutes négatives.
Réaction de Wassermann L. C.-R. : toutes négatives.
Réaction de Wassermann sérum : toutes négatives.

⁂

Si l'on examine cette statistique, on remarque la fréquence des altérations du L. C.-R. qui atteint 47,86 0/0 pour l'ensemble des cas. L'ordre de fréquence par variété de psychopathie est le suivant :

1° *Alcoolisme :* 100 0/0 (mais 1 seul cas).
2° *Confusion mentale :* 80 0/0 (mais 5 cas seulement).
3° *Démences organico-séniles :* 71,42 0/0.

4° *Démence précoce paranoïde :* 62,50 0/0.
5° *Psychoses épileptiques :* 57,85 0/0.
6° *Démence précoce simple :* 46,51 0/0.
7° *Oligophrénies :* 45,75 0/0.
8° *Hébéphréno-catatonie :* 44,82 0/0.
9° *Psychoses man. dépressives :* 44,44 0/0.
10° *Psychoses hallucinatoires chr. :* 35,29 0/0.

Quant aux variétés d'altérations le plus souvent rencontrées, elles se classent ainsi :

1° *Hypertension :* 47 cas (sur 171 mesurés), soit 27,31 0/0.
2° *Hyperlymphocytose :* 75 cas (sur 305), soit 24,59 0/0.
3° *Globulines positives ou subpositives :* 71 cas, soit 23,28 0/0.
4° *Réaction de Lange* + ou ± : 41 cas, soit 13,47 0/0.
5° *Hyperalbuminose :* 22 cas, soit 7,21 0/0.
6° *Réaction de Guillain* ± 5 cas, soit 1,6 0/0.
7° *Réaction de Wassermann, L. C.-R. :* 0 cas, soit 0 0/0.
8° *Réaction de Wassermann, sérum :* 16 cas, soit 5,27 0/0.

⁂

Il n'est évidemment pas possible d'établir un rapprochement étroit entre les chiffres de cette statistique, établie sur toutes les entrantes d'un service de femmes, et ceux qui résultent des recherches faites à Maréville sur des sujets tous plus ou moins soupçonnés de spécificité et comprenant surtout des hommes adultes.

D'autre part, on sait que pour des recherches ont été utilisées 4 réactions différentes dans le sang, contre une seule à l'Asile de Zaldivar. Par contre, la statistique espagnole comporte une étude beaucoup plus approfondie du liquide céphalo-rachidien.

La comparaison des deux statistiques appelle cependant quelques réflexions :

1° L'hyperalbuminose est bien plus fréquente chez les sujets suspectés de syphilis : 60,43 0/0 contre 7,21 0/0. Il faut cependant remarquer que si l'hyperalbuminose est rare, la réaction des globulines, positive ou subpositive, est beaucoup plus fréquente : 23,28 0/0. Ce chiffre est d'ailleurs comparable à ceux représentant la fréquence de l'hypertension, 27,31 0/0 et de l'hyperlymphocytose, 24,59 0/0, dans la même statistique, ce qui n'est pas pour surprendre.

Ce dernier n'est d'ailleurs pas très éloigné non plus du chiffre de 18,75 0/0, qui représente la fréquence de la lymphocytose dans les recherches de Maréville.

Nous pensons que les chiffres donnés comme normaux au Sicard sont trop faibles (0 gr. 22), aussi n'avons-nous tenu pour anormaux que les cas dépassant 0,25, en pratique aucun inférieur à 0 gr. 30. Peut-être aurions-nous dû dépasser encore ce chiffre ? Peut-être au contraire le chiffre de 0 gr. 18 est-il déjà anormal, si l'on emploie la méthode de Brandberg, alors que c'est celui de 0,20 qui a été considéré comme tel.

Quoi qu'il en soit, l'écart entre le chiffre le plus élevé de la statistique de Zaldivar (celui des globulines : 23,28) et le chiffre des albumines de la statistique de Maréville (60,43), n'est explicable que par la différence des cas cliniques.

Voici les éléments de comparaison par variété mentale :

	Maréville (Hyperalbuminose)	Zaldivar (globulines)
Dém. org. sénil.	100 0/0	57,14 0/0
Ps. hall. chron.	75 0/0	5,55 0/0
Ps. man. dépr.	64 0/0	25 0/0
Dém. précoces	52,38 0/0	20,45 0/0
Oligophrénies	47,6 0/0	25 0/0
Psychoses Epilept.	38,46 0/0	64,28 0/0

On voit que si l'écart en faveur des premiers chiffres peut s'expliquer, partiellement du moins, par l'existence de spécificité, *la proportion est absolument inversée pour l'épilepsie.*

Ce n'est pas là un hasard, et nous allons faire la même constatation par la comparaison des réactions de Wassermann dans le sang :

Réactions sérum

Maréville		Zaldivar
Oligophrénies........	20,96 0/0	12,5 0/0
Démences précoces..	16,42 0/0	5,11 0/0
Epilepsie............	13,08 0/0	14,28 0/0

La réaction de Wassermann a toujours été négative dans le L. C.-R. dans la statistique de Zaldivar. Mais la réaction du

benjoin et celle de l'or colloïdal surtout nous permettent encore de tenter un rapprochement :

Réactions L. C.-R.

Maréville		Zaldivar	
	Wassermann L. C.-R.	Lange	Guillain
Démences précoces....	11,36 0 0	12,5 0/0	
Ps. hall. chr...........	5,88 0/0	14,70 0/0	2,9 0 0
Ps. man. dépr.........	4,83 0/0	5,55 0/0	5,55 0 0
Oligophrénies.........	4,54 0/0	15,62 0/9	
Epilepsie	3,43 0/0	21,42 0/0	14,28 0 0

Ainsi la réaction de Lange, très sensible, celle du benjoin considérée par tous les sérologistes comme très fidèle, la réaction des globulines, et le Wassermann du sang sont ici concordants et tendent à démontrer l'origine spécifique de l'épilepsie dans une proportion supérieure à celle qu'indiquent les chiffres de Maréville.

Nous voyons aussi que l'hyperlymphocytose n'est pas de nature à donner de grands renseignements au sujet de la spécificité, le chiffre de Maréville, 18,75 0/0 (avec 1,6 au mm^3) étant encore inférieur à celui de Zaldivar, 24,59 0/0 (pourtant calculé avec 2 lymp. au mm^3).

4° Interprétations des données du laboratoire pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis de l'âge adulte

L'interprétation des résultats du laboratoire a fait l'objet de remarques, au sujet de l'hérédo-syphilis de l'enfance, que nous ne pourrions que répéter. On sait aussi quelles restrictions considérables doivent être apportées à cette interprétation du fait de la possibilité de syphilis acquise. Il n'y a pas en effet de *formule de la syphilis héréditaire*, il y a seulement des formules partielles et dissociées, indiquant une infection atténuée, héréditaire ou acquise. La preuve en est dans l'intensité des réactions chez les P. G. infantiles. Mais ce qu'il faut dire, c'est que le *laboratoire met souvent sur la trace de*

la syphilis héréditaire. Il fournit, sous la forme d'une réaction de fixation positive, souvent faible, associée parfois à quelque altération du L. C.-R., le premier indice. L'examen clinique et l'enquête viennent confirmer ou infirmer le diagnostic. Ainsi avons-nous pu réunir un certain nombre d'observations dont l'étude synthétique nous a paru présenter quelque intérêt.

5° Etude synthétique de 70 observations d'aliénés adultes hérédo-syphilitiques certains, probables ou suspects.

Nous avons considéré seulement comme certains les malades présentant : une hérédité syphilitique avérée, des stigmates morphologiques et des stigmates biologiques. Dans les rares cas où les renseignements familiaux ont été incomplets, nous avons exigé des stigmates nombreux et caractéristiques (dits *de certitude*) et des stigmates biologiques multiples. Les *probables* se rapprochent beaucoup des précédents : ils s'en distinguent surtout par l'absence de renseignements précis en ce qui concerne la syphilis des parents. Les stigmates dits de certitude y sont fréquents, et certains cas eussent pu être classés sans doute dans la catégorie précédente. D'autres au contraire, nous acheminent vers la 3e classe, celle où l'hérédo est seulement *suspectée :* les stigmates morphologiques y sont moins caractéristiques, et pour quelques-uns les réactions biologiques, quoique toujours atténuées, pourraient à la rigueur être attribuées à une syphilis contractée, qu'il n'a pas été tout à fait possible d'éliminer.

A) Certains

Ils sont au nombre de 17.

1° *Antécédents H., C. et P. :*

8 fois le père, 1 fois la mère, 2 fois le père et la mère étaient syphilitiques. 1 fois la mère était une hérédo-syphilitique. En tout, 11 fois sur 17.

On a relevé : 3 fois l'hérédité psychopathique paternelle, 2 fois maternelle.

4 fois des fausses-couches, 3 fois polyléthalité, 2 fois des grossesses gémellaires.

6 fois des antécédents collatéraux psychonévropathiques ; 2 fois des troubles nerveux dans l'enfance.

2° *Stigmates morphologiques :* On a trouvé :

6 fois des lésions osseuses, dont 4 fois tibia Lannelongue.

1 fois des stigmates cicatriciels, dont 1 fois le nez en selle.

5 fois des dystrophies généralisées.

4 fois des dystrophies dentaires, dont 2 fois les dents érodées.

8 fois des dystrophies craniennes, dont 1 fois le crâne en carène.

1 fois des dystrophies cutanées, dont 1 fois le vitiligo.

3 fois des dystrophies nerveuses, dont 1 fois le strabisme convergent.

3 fois des stigmates tératologiques, dont 1 fois l'axyphoïdie.

3° *Stigmates biologiques :*

Sérum : la réaction de Hecht a été positive 7 fois, soit 41,17 0/0, dont 4 fois seule et 3 fois avec Calmette positif.

La réaction de Calmette a été positive 7 fois, soit 41,17 0/0, dont aussi 4 fois seule et 3 fois avec Hecht positif.

La réaction de Jacobsthal 3 fois, soit 17,64 0/0.

La réaction de Meinicke, 5 fois (sur 11 fois pratiquée), soit 45,45 0/0.

L. C.-R. : le Wassermann du L. C.-R. a été positif 2 fois (sur 16 pratiqués), soit 15,38 0/0 et de même pour le Jacobsthal.

On a constaté 3 fois de l'hyperlymphocytose sur 15 cas examinés, soit 23,07 0/0, dont 1 fois 2 lymp. au mm^3, une fois 3,5 et 1 fois 15, chez un alcoolique.

Enfin l'hyperalbuminose, à des taux variant de 0,35 à 0,75, a été constatée 8 fois (sur 15 cas examinés), soit 66,66 0/0.

B) Probables

Ils sont au nombre de 30, chez lesquels nous avons noté :

1° *Antécédents Hér., Col. et Pers. :*

1 fois : syphilis paternelle douteuse (maladie de la moelle).

8 fois : hérédité psychopathique paternelle.

5 fois : hérédité psychopathique maternelle.

1 fois : fausses couches ; 1 fois prématurés ; 8 fois polyléthalité ; 2 fois des morts-nés ; 2 fois des grossesses gémellaires.

6 fois : troubles nerveux de l'enfance, 2 fois méningite, 3 fois convulsions.

2° *Stigmates morphologiques :*

5 fois lésions osseuses, dont 4 fois le tibia Lannelongue.

9 fois stigmates cicatriciels, dont 1 kératite, 1 décollement rétinien, 1 cataracte congénitale, 3 nez en selles.

8 fois dystrophies généralisées.

10 fois dystrophies dentaires, dont 6 fois écartement des incisives ou dents érodées et striées, et 1 tubercule de Carabelli.

16 fois dystrophies crâniennes, dont 6 fronts olympiens et 2 crânes natiformes.

20 fois dystrophies faciales, dont 1 bec de lièvre et 2 perforations palatines.

4 fois dystrophies cutanées, dont 2 nævi et 2 hypertrichoses.

13 fois dystrophies nerveuses, dont 1 tic, 4 strabismes convergents, 1 strabisme divergent.

7 fois stigmates tératologiques, dont 6 axyphoïdies.

3° *Stigmates biologiques :*

Sérum :

Hecht + : 8 fois sur 20, soit 40 0/0, dont 2 fois avec le Calmette.

Calmette + : 9 fois sur 21, soit 42,85 0/0, dont 2 fois avec le Hecht.

Jacobsthal + : 3 fois sur 21, soit 14,28 0/0.

Meinicke + : 5 fois sur 19, soit 26,31 0/0.

L. C.-R. :

Wassermann + : 2 fois sur 15, soit 13,33 0/0.

Jacobsthal + : 1 fois sur 15, soit 6,66 0/0.

Hyperlymphocytose, toujours inférieur à 1,6.

Hyperalbuminose : 9 fois sur 14, soit 64,28 0/0.

C) Suspects

Ils sont au nombre de 23.

1° *Antécédents :*

1 fois hérédité psychopathique paternelle.

3 fois hérédité psychopathique maternelle.

1 fois fausses couches ; 7, polyléthalité.

7 fois antécédents collatéraux psychonévropathiques.

1 fois méningite de l'enfance ; 9 troubles nerveux de l'enfance ; 2 convulsions.

2° *Stigmates morphologiques :*

7 fois lésions osseuses, dont 3 fois le tibia Lannelongue.

1 fois stigmates cicatriciels, dont 1 otite.

3 fois dystrophies généralisées.

8 fois dystrophies dentaires, dont 2 fois dents érodées, abrasées, écartées.

14 fois dystrophies craniennes, dont 2 fois front olympien.

15 fois dystrophies faciales.

5 fois dystrophies cutanées, dont 1 fois nævi pigmentaires.

6 fois dystrophies nerveuses, dont 1 fois strabisme convergent.

3 fois stigmates tératologiques, dont 1 fois axyphoïdie.

3° *Stigmates biologiques :*

Sérum :

Hecht + : 6 sur 18, soit 33,33 0/0, dont 1 fois avec le Calmette ;

Calmette + : 5 sur 19, soit 26,31 0/0, dont 1 fois avec le Hecht ;

Jacobsthal + : 3 sur 19, soit 15,78 0/0 ;

Meinicke + : 2 sur 18, soit 11,11 0/0.

L. C.-R. :

Wassermann + : 1 sur 16, soit 6,25 0/0 ;

Jacobsthal + : 1 sur 16, soit 6,25 0/0 ;

Hyperlympho. : 1 sur 16, soit 6,25 0/0 ;

Hyperalbuminose : 10 sur 16, soit 62,50 0/0.

Remarques

1° La proportion de *Réactions de Hecht* + dans les deux premières catégories, est comparable : 41,17 0/0 pour les certains, 40 0/0 pour les probables. Elle n'est plus que de 26 0/0 chez les suspects.

2° *Le Meinicke* décroît plus rapidement : de 45,45 0/0 pour les certains, il tombe à 26,31 0/0 chez les probables et à 11,11 0/0 chez les suspects. Sa sensibilité s'atténue avec la violence de l'infection, mais plus vite que celle des réactions de fixation.

3° *Le Wassermann L. C.-R.* appelle la même remarque que les réactions de fixation dans le sang : de 15,38 0/0 chez les certains, il demeure à 13,33 0/0 chez les probables et tombe à 6,25 chez les suspects.

4° *L'hyperlymphocytose* est un mauvais symptôme de

classement : il y a plus de différence entre 1,6 considéré comme positif et 15 ou 50, également positif, qu'entre 1,6 et 1,5 considéré comme négatif.

5° *L'hyperalbuminose* demeure remarquablement stable dans les trois catégories 66,66 0/0, 64,28 0/0 et 62,50 0/0, deux explications peuvent en être données : où bien certaines hyperalbuminoses ne sont pas d'origine spécifique (chez les suspects notamment), ou bien l'hyperalbuminose reste le dernier témoin de l'infection syphilitique, comme c'est le cas dans l'une de nos observations où l'on ne constate ni stigmate dystrophique, ni réactions positives, bien que le père soit un syphilitique avéré et traité. Il est probable que les deux hypothèses sont partiellement exactes.

Si l'on considère l'ensemble de nos observations, on voit que les différentes psychopathies y représentent :

la démence précoce : 23 cas, soit 32,85 0/0 ;
les oligophrénies : 14 cas, soit 20 0/0 ;
la psy. man. dép. : 13 cas, soit 18,57 0/0 ;
les psy. épileptiques : 9 cas, soit 12,85 0/0 ;
la confusion mentale : 5 cas, soit 7,14 0/0 ;
les psy. hal. chron. : 5 cas, soit 7,14 0/0 ;
l'alcoolisme subaigu : 1 cas, soit 1,42 0/0.

La répartition des variétés psychopathiques observées dans les trois catégories donne le tableau suivant :

Certains (17)		Probables (30)	Suspects (23)
Dém. précoce....	5 — 29,41 0/0	12 — 40 0/0	6 — 26,08 0/0
Psy. man. dép....	4 — 23,52 0/0	5 — 16,66 0/0	2 — 8,7 0/0
Oligophrénies....	2 — 11,76 0/0	6 — 20 0/0	6 — 26,08 0/0
Psy. épilept......	2 — 11,76 0/0	3 — 10 0/0	4 — 17,39 0/0
Confusion ment..	2 — 11,76 0/0	2 — 6,66 0/0	1 — 4,34 0/0
Psy. hall. chr.....	1 — 5,88 0/0	2 — 6,66 0/0	4 — 17,39 0/0
Alcoolisme	1 — 5,88 0/0		

Remarques

1° *La démence précoce, les psych. man.-dép. et la confusion mentale,* sont, d'après les pourcentages, plus fréquemment représentés dans les deux premières catégories : certains et probables. Leur proportion décroît fortement dans la troisième.

2° Au contraire, les *oligophrènes, les épileptiques et les hallucinés chroniques* voient leur nombre relatif s'accroître en sens inverse.

Nous soulignons ces faits sans en tirer aucune conclusion.

Association de plusieurs facteurs étiologiques

Dans les cas où nous avons obtenu des renseignements, nous avons pu relever les facteurs étiologiques suivants :

1° Alcoolisme, 9 fois, dont 2 fois à la 2° génération ;

2° Débilité ou états névropathiques, 7 fois ;

3° Aliénation mentale, 5 fois ;

4° Epilepsie, 4 fois ;

contre 17 fois celle de la syphilis héréditaire certaine, 30 fois probable et 23 fois suspecte.

6° Rapports généraux de l'hérédo-syphilis avec les psychopathies de l'âge adulte

A. Rapports de fréquence

Il n'est pas possible actuellement de formuler une opinion sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les aliénés adultes. Pour les raisons que nous avons exposées, le diagnostic entre la syphilis acquise et la syphilis congénitale est difficile à établir. Mlle Pascal estime que, dans son service, la syphilis, héréditaire et acquise, représente environ le tiers des cas. Nous pensons, qu'à ce point de vue, il y a une distinction à établir entre les aliénés des deux sexes, la syphilis acquise étant beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

La constatation de l'hérédo-syphilis chez un psychopathe adulte ne suffit pas à établir une relation entre les deux affections. Toutefois, le pouvoir des chiffres est très grand, et l'adage : « une seule maladie chez un même malade » a de la valeur. La recherche systématique de l'hérédo-syphilis chez les aliénés, si elle aboutissait à en établir la fréquence, en ferait apercevoir du même coup l'importance pathogénique.

B. Rapports pathogéniques

L'action pathogène de la syphilis congénitale dans les psychopathies de l'âge adulte n'a été jusqu'à ce jour ni établie,

ni expliquée, si ce n'est pour certains cas de paralysie générale juvénile survenue tardivement (Fournier).

En ce qui concerne d'autres maladies mentales, des hypothèses intéressantes ont été formulées:

1° *L'hérédo-syphilis, facteur déterminant :*

Il est important de se souvenir que l'hérédo-syphilis peut se manifester à tous les âges de la vie. Sur une statistique de 681 cas, E. Fournier, indique 16 cas ayant produit des manifestations de 51 à 60 ans, et 3 ayant dépassé la soixantaine.

Le premier rang, comme fréquence, dans les accidents très tardifs de l'hérédo-syphilis, appartient *sans conteste* aux accidents du système nerveux, avec 225 cas sur 681. L'auteur fait remarquer la rareté des stigmates chez l'adulte. Marcel Faure-Beaulieu (Hérédo-syphilis tardive du névraxe, *Presse médicale,* 1928), montre de quelle façon insidieuse et à quelle échéance singulièrement retardée la syphilis héréditaire est capable de frapper le système nerveux central. Il signale l'absence de dystrophies et la difficulté du diagnostic.

Observation d'une j. f. de 33 ans. Père syphilitique ; méningo-vascularité médullaire. L. 10,7. Alb. 0,40, globuline +, benjoin ±, Wass. —.

De ce qui précède, on peut conclure que, dans la descendance des syphilitiques, se rencontrent à coup sûr des manifestations neuropsychiques actives très tardives (âge adulte), dont le diagnostic étiologique est difficile (peu ou pas de stigmates).

De ce mécanisme dépendent des cas d'encéphalopathies et de paralysies générales rapportées par E. Fournier dans son livre : « Syphilis héréditaire de l'âge adulte ».

2° *L'hérédo-syphilis, facteur prédisposant :*

Si, dans de tels exemples, la syphilis héréditaire est facteur déterminant, on peut concevoir qu'elle joue, dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents, le rôle de cause prédisposante. Elle peut le faire en conditionnant la débilité ou le déséquilibre psychique *congénitaux,* par de discrètes lésions encéphaliques tératologiques ou dystrophiques. Elle peut aussi, comme le dit Marchand, être une cause de dégénérescence mentale *acquise :* l'infection syphilitique dure un temps illimité « L'organisme de l'hérédo-syphilitique reste toujours exposé à l'action de la toxine... Si les cellules cérébrales de l'hérédo-

syphilitique peuvent acquérir morphologiquement un état comparable à celui des cellules saines, elles sont, au point de vue histo-chimique, des éléments chétifs dont le fonctionnement se troublera plus tard sous la moindre influence. »

Cette fragilité histo-chimique des cellules nerveuses est-elle la seule façon de concevoir la prédisposition aux maladies mentales ?

L'échec partiel de l'histologie pathologique cérébrale, les progrès constants de la physiologie et de la biologie, les recherches sur le sympathique et les fonctions endocriniennes, la connaissance plus approfondie des phénomènes fonctionnels qui accompagnent les émotions, les études de psychologie dynamique de Freud et de Bleuler, ont conduit les psychiâtres à des conceptions biopsychiques des syndromes mentaux, ou du moins de ceux dans lesquels une lésion organique certaine du cerveau ou de ses enveloppes, n'a pas encore été découverte.

Le premier pas dans cette voie avait été fait avec la conception des psychoses par auto-intoxication hépatique ou rénale (Régis). Les troubles de l'activité ou du caractère dûs à des déficiences endocriniennes furent ensuite à l'origine de conceptions glandulaires des syndromes mentaux. Peu à peu on connut le rôle considérable de l'appareil neuro-endocrinien dans les modifications humorales, les troubles du métabolisme et de l'équilibre acide-base, et l'on soupçonna les désordres des incitations nerveuses cœnesthésiques sous ces diverses influences.

La conception d'une altération générale de l'organisme, plus importante à considérer que l'organe cérébral, souvent indemne, domine de nos jours la pathogénie de nombreux syndromes mentaux : « N'isolons pas, dit Mallet, la pensée d'un organisme dont elle n'est que le rayonnement. » « Si le cerveau cède parfois (Lépine, Congrès de Blois, discussion sur l'Automatisme mental), c'est bien moins du fait d'une lésion particulière que d'un mauvais fonctionnement général de l'organisme. D'où l'influence des infections latentes et débilitantes. » Et Donaggio, de Modane, insiste, avec raison, sur le rôle de l'infection tuberculeuse. Mais l'hérédo-syphilis n'est-elle pas elle aussi une infection latente et débilitante ?

Une des causes les plus habituelles d'insuffisance hépatique et rénale est certainement la syphilis héréditaire.

Nous avons recherché souvent chez nos hérédo-syphiliti-

ques, avant d'instituer un traitement, la constante d'Ambard et le rapport azotémique. Nous avons trouvé fréquemment une constante augmentée et un rapport azotémique diminué. René Onfray (*Presse méd.*, 1928) a recherché la constante chez 50 hérédos certains non traités, 42,2 0/0 ont présenté une mauvaise constante, nettement supérieure à 0,10, parfois 0,13 ou 0,14 ; 24,4 0/0 médiocres, supérieure à 0,09 ; 33,3 0/0 normale, 0,07 ou moins, cet état de méiopragie rénale ne se manifestant pas autrement. Le traitement modifie heureusement cette insuffisance rénale. On voit aussi le rapport azotémique revenir vers la normale.

Quant aux glandes endocrines, il est maintenant certain qu'elles sont constamment lésées par l'hérédo-syphilis (Hutinel, Barthélémy, Babonneix) et qu'il s'agit d'altérations spécifiques : « la plupart des glandes endocrines, chez les hérédo-syphilitiques, fourmillent de spirochètes ».

L'hérédo-syphilis dite toxinique n'est qu'une hérédo-syphilis endocrinienne, dont dépendent la plupart des dystrophies de l'enfance. Payenneville et Cailliau établissent aussi la constance des lésions endocriniennes chez les hérédo-spécifiques. Les altérations de l'hypophyse (Simonds, Schmidt), le diabète insipide (Marañon, Lopez-Albo), l'infantilisme hypophysaire ou testiculaire (Castellini, Lereboullet) ont été signalés chez les hérédo-syphilitiques. Inversement, on peut admettre que chez les sujets jeunes les troubles endocriniens constituent un signe d'hérédo-syphilis possible, et doit retenir l'attention.

Chez l'adulte, progressivement exposé à d'autres agents toxiques ou infectieux, les lésions des endocrines peuvent reconnaître des causes diverses. Aussi n'avons-nous pas soumis nos malades adultes aux mêmes investigations neuro-endocriniennes que nos jeunes sujets, chez lesquels nous avons pu signaler la fréquence des dysfonctionnements endocriniens.

Mlle Pascal estime que les tares endocriniennes sont nombreuses chez la plupart des aliénés : 90 à 95 0/0 pour les troubles dysthyroïdiens ou dysovariens, 40 à 50 0/0 pour l'insuffisance surrénale.

Par ce qui précède, on voit que la syphilis héréditaire, latente, insidieuse et de durée indéterminée est propre, plus que toute autre infection, à réaliser une altération générale de l'organisme, capable de constituer un terrain favorable au fléchissement brusque du fonctionnement cérébral, sous

l'influence d'une cause toxique, infectieuse, traumatique ou émotionnelle surajoutée.

La conception originale des psychocolloïdoclasies (C. Pascal et Jean Davesne) nous paraît de nature à rendre saisissable l'action pathogène intime de l'hérédo-syphilis, cause prédisposante, et des facteurs déterminants : chocs protéiniques, infectieux, traumatiques, chocs émotionnels. L'assimilation d'une diathèse psychocolloïdoclasique à la diathèse colloïdoclasique de Widal n'est pas seulement verbale, mais repose sur des données scientifiques. La tare humorale existe dans l'un et l'autre cas. Nous ne pouvons que renvoyer à l'ouvrage de Pascal et Davesne : « Traitement des maladies mentales par les chocs », où l'on verra comment les auteurs ont été amenés, par les travaux de Richet, Widal, Lépine, Pagniez, Dide et Guiraud, Garrelon, Tinel, Santenoise, Pierron et d'autres, à l'édification d'une théorie qui nous paraît fort séduisante.

Mlle Pascal, étudiant les phénomènes de l'émotion, montre que celle-ci est capable, dans des conditions données, de faire effraction dans le plan végétatif. L'intensité de cette effraction est subordonnée aux réactions biochimiques : vago-sympathiques, endocriniennes, humorales et à l'éveil des méiopragies. Le choc émotionnel devient ainsi un choc hémoclasique, qui, par le fait d'une sensibilisation psychique antérieure, détermine l'anaphylaxie mentale.

La sensibilisation psychique se confond avec la prédisposition. Elle peut être héréditaire ou acquise et ses causes sont multiples. Mais Ravaut a montré que la syphilis héréditaire est facteur de diathèse colloïdoclasique et que ses lésions réalisent le terrain propice au développement des phénomènes de choc. Aussi Mlle Pascal croit-elle que la diathèse psychocolloïdoclasique est fréquemment une *syphiloclasie*. « La syphilis, dit-elle, ne tient pas sous sa dépendance toute la pathologie mentale, mais son action occulte ou évidente est à la base de toutes les réactions spontanées d'anaphylaxie psychique : manie avec dysthyroïdisme, mélancolie thyro-ovarienne, surrénalienne, psychasthénie mono- ou pluriglandulaire, épilepsie, schizodémence, paranoïa. Seule ou associée à la tuberculose, aux troubles humoraux toxi-infectieuse, elle prépare la dystrophie clasique, vasculaire, neuro-végétative, endocrinienne et tissulaire ; elle crée la susceptibilité aux réactions de choc. « Pour nous, dit-elle encore, les psychoses affectives humorales appartiennent au groupe des hérédos — méïopra-

gies ectodermiques de Lortat-Jacob ; ce sont des syphiloclasies. »

Nous ne pensons pas, que, dans le domaine des hypothèses à caractère vraiment scientifique, on puisse à l'heure actuelle donner une meilleure interprétation du rôle de l'hérédo-syphilis en pathologie mentale, et nous bornerons là notre essai pathogénique.

CHAPITRE III

DU ROLE ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS QUELQUES SYNDROMES PSYCHOPATHIQUES

Epilepsie

L'épilepsie essentielle relève-t-elle, et avec quelle fréquence, de l'hérédo-syphilis ? Si nous adoptons la conception généralement admise de la double origine : lésion corticale + modification humorale (intoxication endogène, choc), il faut reconnaître que nulle infection mieux que l'hérédo-syphilis n'est capable de la réaliser. Aussi trouve-t-on dans la littérature un nombre impressionnant de faits constatant la coïncidence de l'hérédo-syphilis et de l'épilepsie essentielle. Mais tandis que pour certains auteurs (Babonneix, David), l'étiologie spécifique tend à être considérée comme prépondérante, d'autres (P. Marie, Marchand) se montrent plus sceptiques, ou plus éclectiques, et soulignent l'importance de l'alcoolisme des parents, des tares personnelles et des traumatismes, ainsi que la rareté des résultats favorables obtenus par le traitement spécifique. On trouvera dans le chapitre Epilepsie du livre de E. Fournier (*Hérédo-syphilis de l'adulte*), des notions historiques et des observations cliniques fort intéressantes sur le sujet. Nous rappellerons celle-ci (Pr. Charcot) :

Femme de 30 ans, épilepsie partielle, puis généralisée. Aucun stigmate, aucun antécédent morbide connu. Hérédo-syphilis révélée par : névrite optique, atrophie choroïdienne, croûtes à la tête et ganglions à l'âge de 7 ans, à 15 ans jetage nasal, hémorragies nasales, expulsion de fragments d'un cornet (examen du nez confirmatif). Enfin céphalée.

Le Pr. Charcot signale avec surprise que les antécédents héréditaires ne lui ont rien révélé, et qu'il s'est trouvé en présence d'une hérédité nerveuse vulgaire : mère hystérique, deux cousins-germains ont présenté l'un paralysie infantile, l'autre aliénation. L'auteur en conclut seulement : « n'a pas la syphilis cérébrale qui veut ». De nos jours, cette hérédité névropathique semblerait suspecte et l'on penserait à la possibilité d'une hérédo-syphilis de 2e génération.

Babonneix (*Gazette des Hôpitaux,* nov. 28) expose les arguments des partisans de l'origine hérédo-syphilitique fréquente de l'épilepsie, et les arguments contraires : nous ne pouvons les reproduire. La discussion est intéressante, mais tout neuropsychiâtre peut l'imaginer, et, qui plus est, l'appliquer à presque toute la pathologie mentale.

Babonneix conclut en faveur de l'importance du facteur discuté et indique le chiffre de 16 0/0, résultat d'une statistique portant sur 120 cas.

Signalons l'article très intéressant de Marchand et Bauer (*Paris médical,* octobre 1927), qu'il faut lire si l'on veut être documenté. « Nous nous refusons, disent les auteurs, à étendre outre mesure le domaine de l'hérédo-syphilis..., nous admettons qu'il existe une syphilis héréditaire qui se manifeste par des signes cliniques sans signes spécifiques, mais nous trouvons que sa recherche a été poussée aussi loin que possible, quand pour chaque sujet l'investigation a porté sur les *anamnestiques, les signes biologiques et cliniques, l'effet du traitement spécifique.* » Nous ferons seulement observer que la recherche des anamnestiques n'est rien moins que facile, et qu'à notre avis on n'a pas assez songé, jusqu'ici, aux hérédités de 2e ou de 3e génération. En outre, il n'y a pas lieu de se montrer trop surpris de l'échec fréquent du traitement spécifique. Réussit-il mieux dans la P. G. ou le tabès ? Restent les signes biologiques : ils sont rares, et si par surcroît on leur oppose, quand ils existent, l'objection de coïncidence, le problème devient insoluble.

Quoi qu'il en soit, voici d'après Marchand, les avis des auteurs : Bratz, Luth, Veit, trouvent seulement 5 0/0 de cas d'épilepsie d'origine hérédo-luétique ; Leredde, 60 0/0 ; Thomas et Mme Long-Landry, 47 0/0 ; Aublant, Babonneix et David, Breynaert, 30 0/0 ; Marchand et Bauer trouvent seulement 4,5 0/0 sur 241 cas.

Nos chiffres ne sont pas comparables, puisqu'il s'agit d'une

statistique en quelque sorte inverse : chez 70 aliénés hérédos (certains ou autres), adultes, nous trouvons 9 épileptiques, soit 12,85 0/0. Chez les certains, nous en trouvons 2, sur 17 observations, soit 11,76 0/0. Sur nos 9 cas, 7 fois l'hérédo-syphilis était la seule étiologie connue, 1 fois il y avait en outre hérédité alcoolique convergente, une autre fois alcoolisme paternel et épilepsie maternelle.

Oligophrénies et dégénérescence mentale héréditaire

Nous croyons que la syphilis héréditaire est la cause la plus fréquente de la débilité mentale, de l'imbécillité et de l'idiotie. La dégénérescence mentale est peut-être due aussi à la syphilis des ascendants. Les effets de l'infection se prolongent sur plusieurs générations.

Démence précoce

La démence précoce est un vaste *caput-mortuum* à démembrer. Elle comporte plusieurs syndromes divers, qui la rapprochent de la paranoïa, des psychoses intermittentes, des états dégénératifs et névrosiques, des psychoses confusionnelles ou de la démence paralytique. Dans sa forme catatonique, elle s'apparente encore à l'encéphalite épidémique. Les efforts des psychiatres de toutes les époques, de Morel à Bleuler, ont tendu à mettre un peu d'ordre dans ce chaos.

Les travaux de Marchand permettent de penser qu'il existe au moins deux formes distinctes, du point de vue anatomoclinique : *une forme dégénérative,* dans laquelle on ne trouve que des lésions cellulaires de nature atrophique et de caractère chronique ; *une forme toxi-infectieuse,* dans laquelle on constate, associées aux lésions cellulaires, des altérations diffuses inflammatoires des méninges et des centres nerveux (cortex, noyau gris, pédoncules, bulbe et même moelle). Les tares héréditaires peuvent se rencontrer dans les deux genres, mais elles sont plus fréquentes dans la forme constitutionnelle. Dans la forme toxi-infectieuse, on peut noter au début des altérations du L. C.-R. : *hypertension, légère albuminose, lymphocytose modérée. La réaction de Wassermann et celle du benjoin sont parfois positives.*

La symptomatologie fruste de P. G. peut être réalisée et

alterner avec un syndrome hébéphrénique. Il n'est pas de psychiâtre qui n'ait rencontré de tels syndromes.

Les concepts de schizoïdie et de schizophrénie (Bleuler, Claude, Borrel, etc...), à raprocher de la forme constitutionnelle de Marchand, sont en progrès certain sur la conception kræpelinienne.

Mlle Pascal montre que la schizoïdie n'est pas une constitution immuable, définitive, mais une sensibilisation progressive aux chocs. Le passage à l'état d'aliénation n'est nullement fatal, mais il s'explique par l'action d'un choc émotionnel violent, parfois préparé par d'autres chocs protéiniques (infections, état puerpéral, traumatismes).

Le mécanisme est analogue dans la paranoïa. La spécificité des états définitifs est due à l'imprégnation des voies psychiques sous l'influence des premiers chocs. L'hérédo-syphilis intervient dans un grand nombre de cas et crée la diathèse colloïdoclasique.

Nous voyons ainsi intervenir dans les deux principaux aspects de la D. P. la syphilis ou l'hérédo-syphilis, soit comme cause déterminante, soit comme cause prédisposante.

Dans l'hébéphréno-catatonie, Herman et d'Hollander ont noté le B.-W. positif dans 13,63 0/0 des cas, Raviart dans 3 cas sur 22, Roubinovitch et Levaditi dans 20 0/0 des cas, Noguchi dans 8,43 0/0. Le même auteur, dans le L. C.-R., note des altérations dans 7 cas sur 23 ; A. Marie, Roubinovitch, Lopez Albo, trouvent constamment le B.-W. négatif dans le L. C.-R. Pour Lopez Albo, la syphilis interviendrait moins dans l'étiologie de la D. P. que dans celle des autres psychoses. La statistique de Maréville donne 36 0/0 de cas à B.-W. + dans le sang, et 11 0/0 de B.-W. + dans le L. C.-R., mais il s'agit de suspects. Enfin rappelons que dans nos 70 observations d'hérédos, la démence précoce tient le 1er rang avec 32,85 0/0, et le 1er rang aussi dans les « certains » avec 5 cas sur 17, soit 29,41 0/0.

Psychose maniaco-dépressive

Des cas de psychose maniaco-dépressive chez des syphilitiques ont été décrits par Westphal, Halberstadt et Arsimole, Raymond et Janet, Mosny et Barat, Plaut, etc... ; A. Marie a trouvé la réaction de B.-W. positive dans 11 cas sur 63. Nous avons vu des cas de psychose intermittente se terminer en P. G.

Mlle Pascal range les psychoses intermittentes et maniaco-dépressives, avec l'épilepsie, l'hystérie et la psychasthénie, dans les psychoses affectives, dont la syphilis héréditaire constitue le terrain de choix.

Dans nos observations, la psychose maniaco-dépressive tient le 3e rang avec 18,57 0/0, le second étant tenu par les oligophrénies avec 20 0/0. Mais dans le groupe des hérédos certains, la psychose maniaque dépressive occupe le second rang avec 23,52 0/0.

Confusion mentale

Souvent décrite au cours de la syphilis secondaire et tertiaire (Kræpelin, Marcus, Plaut, A. Marie et Beaussar), la confusion mentale est pour Wimmer le type des psychoses syphilitiques. Nous l'avons rencontrée rarement chez nos hérédo-syphilitiques adultes : 5 cas sur 70, soit 7,14 0/0.

Psychose hallucinatoire chronique

Le syndrome d'automatisme mental est la base de ces psychoses. De Clérambault, Heuyer, ont montré l'organicité de ce syndrome. Heuyer et Sizaret ont discuté la possibilité du rôle de la syphilis dans sa production. Laignel-Lavastine et P. Kahn ont rapporté une observation d'A. M. survenue chez un ancien syphilitique. Ils ont constaté la disparition des troubles mentaux à la suite du traitement. Claude, Baruk et P. Vervaeck ont présenté à la S. M.-P. (janvier 1927) un malade présentant un syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis héréditaire oculaire et labyrinthique survenue à l'âge de 36 ans. Les réactions étaient négatives, mais il y avait hyperalbuminose à 0,30. Claude, Targowla, Lamache ont observé des délires hallucinatoires liés à l'hypertension intracrânienne. Plaut a décrit un cas de P. H. C. chez un hérédo-luétique avec kératite, nez en selle, dents d'Hutchinson, B.-W. + dans le sang et hyperlymphocytose dans le L. C.-R. (5 par mm^3). Nous avons rencontré 5 cas de P. H. C. chez nos hérédos adultes, dont 1 cas parmi les 17 certains.

Alcoolisme chronique

Claude, Targowla et Lamache ont étudié le L. C.-R. chez 9 alcooliques au cours d'accidents subaigus. Dans 3 cas, il y avait altération du liquide, qui disparut avec les accidents d'alcoolisme. Dans un cas, il s'agissait d'une hérédo-syphilis certaine, dans les deux autres suspecte. Ils considèrent ces réactions passagères comme une véritable réactivation sous l'influence de l'intoxication. La fragilité organique qu'elles révèlent n'est pas uniquement nerveuse et s'étend à d'autres appareils, au rein notamment. De tels cas éclairent d'un jour nouveau la notion de prédisposition psychopathique. Nous avons un cas semblable parmi nos hérédo-syphilitiques certains.

Paralysie générale

Nous ne dirons rien des paralysies générales juvéniles ou infantiles proprement dites. Nous rappellerons seulement que E. Fournier a réuni un certain nombre de cas de paralysies générales hérédo-spécifiques, de l'âge adulte survenues entre 23 et 42 ans. Le plus typique de ces cas concerne une demoiselle de 42 ans, de bonne famille, et vierge.

Les cas de paralysie générale développée après réinfection chez des hérédos syphilitiques étaient déjà connus de E. Fournier, mais considérés comme rares (syphilis binaire). Aubry et Cornil en ont rapporté plusieurs cas au Congrès d'anthropologie de Strasbourg (1925) et à la réunion dermatologique de Nancy (séance du 20 janvier 1927).

Les cas de P. G. hérédo-spécifique de l'adulte avec ou sans réinfection ne nous paraissent pas exceptionnels. L'hérédité similaire a été constatée plusieurs fois.

Psychasthénie, neurasthénie, névroses

E. Fournier considère ces états mentaux comme fréquents chez les hérédo-spécifiques.

Laignel-Lavastine (conférence de la syphilis héréditaire, Paris, 1925), signale l'influence de l'hérédo-syphilis sur la détermination de *petits états mentaux*. Il distingue deux ordres de faits :

1° *les dépressions, neurasthénie* avec déficience de l'état général.

2° *les états de prédisposition à l'action des toxi-infections.*

Nous avons personnellement rencontré des cas assez nombreux d'hystérie, de neurasthénie, d'états anxieux, avec obsessions et tendances impulsives, chez des hérédos certains. On constate chez ces malades, de façon habituelle, de l'hypotension artérielle, de l'insuffisance hépatique ou rénale, des dystonies neurovégétatives et des troubles endocriniens. Ces états sont très sensibles au traitement combiné, psychothérapique, opothérapique et antispécifique de consolidation, mais difficiles à traiter en raison des méïopragies organiques, qui restreignent l'intervention thérapeutique. Ce genre de malades est souvent apte à fonder une famille, et cette notion éclaire d'un jour spécial la nature de l'hérédité névropathique.

Délinquance et criminalité

On sait dans quelle proportion élevée l'hérédo-syphilis se rencontre chez les délinquants juvéniles. Il n'est pas rare de la déceler chez les adultes. Nous connaissons des faits nombreux. Souvent, mais non toujours, l'état anormal remonte à l'enfance. Nous citerons le cas d'un jeune homme de 25 ans, qui, ayant tué sa femme dans un accès de jalousie, fit une psychose pénitentiaire, où l'exagération paraissait d'ailleurs occuper une certaine place, mais versa ensuite dans une démence précoce typique.

P. Guiraud (*S. Clin. de M. M.*, mai 1927), rapporte une observation d'héboïdophrénie, une des formes les plus distinctes parmi le groupe des folies morales. L'auteur en dégage les caractéristiques cliniques : 1° autisme morose ; 2° accès de demi-stupeur et d'excitation ; 3° résistance violente ; 4° occupations stériles ; 5° lenteur motrice et distraction. Il remarque que le syndrome se rapproche de la démence précoce. Les tares héréditaires, ici l'*hérédo-syphilis,* paraissent jouer un rôle.

Laignel-Lavastine enfin, à propos de la discussion du rapport de MM. Raviart, Vuillien et Nayrac sur le vol pathologique (Lyon, 1927), signale l'heureux effet du traitement chez des voleurs pervers *hérédo-syphilitiques.*

CONCLUSIONS

1° La syphilis peut donner naissance à divers syndromes mentaux.

2° La syphilis héréditaire est responsable de la majeure partie des infirmités psychiques constitutionnelles : toutes les formes de l'arriération mentale, jusqu'à la débilité mentale, ainsi que tous les états de perversion ou d'amoralité sans déficience intellectuelle.

3° Son rôle n'est pas négligeable dans la genèse de l'épilepsie essentielle, mais ne paraît pas prépondérant dans l'état actuel de nos connaissances.

4° En tant que cause prédisposante (constitution du terrain dégénératif sur lequel se développent les psychoses de l'adulte), la syphilis héréditaire joue certainement un rôle important, mais impossible à déterminer actuellement.

5° En tant que cause déterminante, la syphilis héréditaire peut certainement donner lieu à diverses psychoses, mais, jusqu'à ce jour, on ne peut citer que des observations éparses. Il est nécessaire d'entreprendre des recherches systématiques.

6° Les petits syndromes mentaux, souvent rencontrés dans l'hérédité des aliénés, paraissent être fréquemment liés à la syphilis héréditaire.

7° Les hérédités alcooliques, tuberculeuses, névropathiques, si souvent invoquées sans précision, doivent faire l'objet de nouvelles investigations. Nous pensons qu'elles masquent parfois l'hérédité syphilitique. Notamment l'hérédité névropathique n'est dans certains cas qu'une hérédité syphilitique de 2e ou 3e génération.

8° Le neuro-psychiâtre doit toujours penser à la syphilis héréditaire et *orienter ses recherches dans ce sens.* Il doit particulièrement s'informer des parents et des *grands-parents* et rechercher minutieusement les stigmates principaux chez les membres de la famille.

9° Il est important d'établir des statistiques détaillées contenant le plus grand nombre de faits possibles.

10° Les réactions biologiques doivent être systématiquement pratiquées, dans le sang et le L. C.-R., par des méthodes toujours variées, et en série, afin de pouvoir faire des comparaisons. En un mot l'Asile, toujours pourvu de laboratoires, doit être transformé en une véritable clinique médicale.

DISCUSSION DU RAPPORT DE MM. HAMEL ET LOPEZ-ALBO

M. L. Babonneix (de Paris). — Je voudrais, à l'occasion de l'intéressant rapport de MM. Hamel et W. Lopez-Albo, apporter une statistique personnelle de 60 cas, où l'existence de l'hérédo-syphilis semble prouvée par les arguments les plus convaincants : notion d'une contamination, chez les parents ou chez les grands-parents ; constatation, chez le malade lui-même, ou chez ses frères et sœurs, de stigmates : dents d'Hutchinson, kératite interstitielle, exostoses, d'accidents spécifiques : ostéite nasale, gommes cutanées, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, ou des réactions sérologiques positives, soit pour le sang, soit pour le liquide céphalo-rachidien ; découverte, à l'autopsie, d'altérations pathognomoniques.

De cette statistique, quelles conclusions tirer ?

1° *L'hérédo-syphilis est, chez l'enfant, une cause importante de troubles mentaux,* puisque l'ensemble de nos cas d'hérédo-syphilis nerveuse s'élève à 180 environ, les troubles mentaux s'observent donc, chez nos malades, une fois sur trois.

2° *C'est elle qui est en jeu dans nombre de cas communément attribués à un traumatisme obstétrical.* Comment celui-ci pourrait-il rendre compte des faits suivants : présence, chez le sujet, de malformations remontant au sixième ou au septième mois de la vie intra-utérine, et, particulièrement, de malformations cardiaques ; apparition, sur ses téguments, des éruptions propres à l'hérédo-syphilis congénitale ; caractère positif, pour ses diverses humeurs, ou pour celles de ses parents, des réactions sérologiques ?

3° *Elle tient surtout sous sa dépendance les troubles intellectuels.* Nos 60 cas se décomposent ainsi :

Arriération	36
Imbécillité	5
Idiotie	15
Nervosité	2
Phénomènes dépressifs	1
Troubles isolés du caractère	1

Moins heureux que nos collègues, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de délinquants juvéniles qui fussent, en même temps que des mentaux, des hérédo-spécifiques.

4° *Parmi les troubles intellectuels, il faut réserver une place à part au mongolisme.* Dans quatre cas personnels de ce genre, l'hérédo-syphilis pouvait être incriminée trois fois, pour des raisons cliniques : syphilis du père ; une fois, pour des raisons anatomiques : constatation, au fond d'un sillon méningé, d'une gomme en miniature.

M. Hesnard (de Toulon). — En ce qui concerne l'*Historique,* je crois devoir rappeler aux rapporteurs que la question vénérable de « l'Hérédo-syphilis dans l'étiologie des maladies mentales » préoccupait déjà les aliénistes français avant 1901. Tel mon regretté maître de Bordeaux, le Prof. *Régis,* qui, dans plusieurs travaux — et notamment dans celui, justement célèbre, sur « la descendance des paralytiques généraux », — avait insisté sur le rôle de cette hérédité, comparée à celle de l'alcoolisme et sur les moyens cliniques de la dépister (en particulier : chez l'*alcoolique :* polynatalité avec mortalité infantile ; chez le *syphilitique :* inaptitude vitale précoce avec atténuation de ses conséquences chez les divers descendants, au fur et à mesure qu'on s'éloigne chronologiquement de l'infection des ascendants, et aussi, prédominance chez ce dernier, sur les tares morales, des tares somatiques, dystrophiques, d'ordre morphologique ou tératologique). Ainsi en témoigne la thèse que voici, de son élève *Fonquernie.*

Je signalerai aussi aux rapporteurs, à propos des « Psychoses syphilitiques », l'excellente thèse de notre regretté confrère des asiles, le Dr *Jacquin* (*Les Syphilopsychoses,* Th. de Lyon, 1899), dans laquelle ils trouveront une description et une classification cliniques qui, à l'époque, étaient du plus haut intérêt.

Le grand mérite de MM. Hamel et Lopez-Albo est d'avoir basé leurs rapports sur les applications, chaque jour plus précises, du laboratoire. Les précieuses statistiques qu'ils nous donnent sont assurément très impressionnantes et bien de nature à nous faire compter, beaucoup plus facilement que nous n'avions tendance à le faire, avec l'hérédité syphilitique. Toutefois il ne faudrait pas — et je suis persuadé qu'ils n'y pensent pas — mettre sur le compte de la syphilis hérédi-

taire *tous* les troubles psychopathiques qui surviennent chez les individus porteurs de cette hérédité. Tout au plus peut-on, en face d'une hérédité de ce genre, y voir une *présomption* en faveur du rôle joué par la syphilis dans la prédisposition psychopathique.

Il faut bien songer en effet qu'il y a énormément de syphilitiques qui n'ont pas de descendance psychiquement tarée ; que la prédisposition psychopathique est un fait qui ressortit certainement à toutes sortes d'influences héréditaires différentes... Et il suffit de parcourir les divers chapitres de la Médecine pour s'apercevoir que, périodiquement, suivant la mode du jour, chacune des maladies générales les plus banales — de l'eczéma aux végétations adénoïdes en passant par l'appendicite — a été considérée par tel ou tel auteur comme la conséquence de l'avarie héréditaire ; pour la raison bien peu convaincante que cet auteur en avait observé un certain nombre de cas chez des hérédosyphilitiques.

A ce sujet, je crois qu'il faut différencier le rôle *sensibilisateur* de la syphilis à l'égard du trouble psychopathique et son rôle de cause étiologique directe, nécessaire et suffisante.

Ceci m'amène à poser le seul point qui justifie vraiment mon intervention : ce que j'appelle *l'ascendance syphilitique sans hérédosyphilis* (ou, plus exactement sans hérédosyphilis *décelable*).

Je m'explique : Il y a un certain nombre de cas dans lesquels la syphilis des ascendants étant établie par la constatation directe ou l'affirmation digne de foi, certains des descendants présentent des syndromes mentaux sans aucun signe d'hérédosyphilis : ni viscéral, ni endocrinien, ni dystrophique, ni humoral — pas même cette hyperalbuminose résiduelle ou témoin, discrète, sur laquelle les rapporteurs insistent avec juste raison.

Personnellement, à cause sans doute de la nature spéciale de ma clientèle habituelle, j'ai surtout rencontré cette hérédité chez des *névropathes*. Et je m'étends un peu sur ce point qui mérite qu'on y insiste, car il me semble qu'il a été un peu laissé dans l'ombre par les rapporteurs et par les auteurs qui, comme Mlle *Pascal,* ont signalé l'hérédosyphilis décelable chez ces malades — psychasthéniques et grands obsédés ou petits schizophrènes.

C'est *Freud,* je crois, qui, le premier, l'a mentionné en

signalant la fréquence de « la syphilis latente cliniquement ou guérie avant le mariage » dans les antécédents paternels de ses malades en traitement psychothérapique. De mon côté j'ai confirmé le fait et l'ai retrouvé chez les *pervers sexuels*, en particulier chez les homosexuels constitutionnels (or l'on sait que névropathes et pervers sexuels appartiennent aux mêmes familles).

J'ai essayé de rassembler les cas de névrose que j'ai traités à fond par la psychothérapie ces dernières années et sur les antécédents desquels j'étais renseigné de façon précise : sur 27 cas ainsi rassemblés, 11 sont fils de syphilitiques, ce qui est une énorme proportion !

Les diagnostics de ces 11 cas se rapportent tous à des formes graves de névrose, dont l'élément clinique foncier commun est le *syndrome psychasthénique*, à la frontière des états délirants ou schizophréniques. Rien toutefois ne les différencie cliniquement de façon précise des 16 autres cas, si ce n'est peut-être une résistance particulièrement opiniâtre à l'influence psychothérapeutique — à base de refus farouche de la vie sociale et de l'action et avant tout de la vie sexuelle normale. Je note aussi une intensité particulière des désordres neurovégétatifs. Enfin, — caractère peut-être différentiel — ils appartiennent chacun (sauf 2) à une famille dans laquelle les plus tarés précédaient les moins tarés. Ex. I. l'aîné grand psychasthénique, le cadet nerveux banal, le troisième normal ;

II. l'aînée catatonique, la deuxième grande obsédée, les autres normaux ;

III. l'aîné épileptique, le deuxième grand obsédé, le troisième à peu près normal ; etc.

Ce qui pourrait être une corollaire de la Loi de l'*extinction progressive de la tare familiale dans la syphilis*, laquelle pourrait se formuler ainsi : plus l'on s'éloigne chronologiquement de l'accident héréditaire, plus les caractères de la tare subséquente perdent leur spécificité, celle-ci étant d'une façon générale moins reconnaissable dans le plan endocrinologique que dans le plan viscéral, dans le plan morphologique que dans le plan endocrinologique, dans le plan psychogénétique que dans le plan morphologique, et, dans ce dernier plan, dans le domaine de la psychonévrose d'allure fonctionnelle que dans le domaine de la psychonévrose d'allure organique.

J'ajoute que ces 11 malades ont été eux-mêmes traités scrupuleusement ; mais aucun n'a paru en retirer d'amélioration. Seul le traitement psychothérapique persistant les a tous améliorés, dont plusieurs très franchement.

Je laisse, Messieurs, à d'autres, le soin de tirer de ces faits les hypothèses explicatives, me contentant de dire que, pour moi, les névroses et psychoses constitutionnelles sont toujours, dans leurs formes sérieuses, prédéterminées, en vertu de l'action lointaine de causes prénatales ou héréditaires, *organiques*. Mais ni la malformation cérébrale histologique fine, ni le tempérament humoral, ni même la « syphiloclasie » — malgré l'élégante précision de ce terme cher à Mlle *Pascal* — n'expliqueront jamais la complexité vivante de ces affections, aspects morbides de la personnalité humaine toute entière. Cette complexité nous est avant tout accessible, il faut bien le dire, par son côté psychologique, notamment par une certaine « arriération affective » qui rend l'individu incapable de surmonter, d'assimiler les premières impressions — infantiles — de la vie et d'évoluer par l'instinct aussi complètement que les autres.

Or, une telle arriération affective ne peut jamais avoir rien de spécifique, de propre à une étiologie particulière, syphilitique ou autre, en ce sens qu'elle est la conséquence commune, chez le descendant, de facteurs biologiques altérants variés d'ordre banal, de la consanguinité morbide aux grandes toxi-infections.

Ce sont seulement des précisions que nous apporteront, dans l'avenir, les recherches bio-chimiques concernant l'influenciation du germe par ses hérédités et la psychophysiologie des instincts, qu'il faut attendre la réconciliation sur le terrain clinique, des anatomo-physiologistes et des psychologues, des psychanalystes et des organicistes.

M. Anglade (de Bordeaux) — Je n'ai rien à ajouter à la documentation si complète et si précise des rapporteurs, du moins en ce qui concerne la recherche de l'étiologie syphilitique dans les maladies mentales par le moyen des investigations d'ordre biologique. Ainsi que nos collègues, je pense qu'il conviendra de rechercher aussi les risques d'une action possible de l'Alcoolisme et de la Tuberculose. Ces recherches seront à la fois un complément et un contrôle de celles relatives à l'hérédo-syphilis. Pour ma part, et je l'ai dit ailleurs,

je suis enclin à rendre la tuberculose responsable d'un bon nombre d'insuffisances de développement cérébral.

Mais, si j'ai pris la parole dans la discussion, c'est surtout pour revendiquer les droits de la méthode anatomo-clinique un peu délaissée au profit de la bio-clinique. Cependant, pour vérifier l'action d'une syphilis héréditaire ou non, il n'est pas négligeable d'examiner les cerveaux *post mortem* et d'y regarder les stigmates de l'infection. Et, pour bien reconnaître ces derniers, il importe au plus haut point de vérifier tous les modes d'altération du système nerveux par l'infection syphilitique. Parfois, le spirochète est présent. J'ai, quant à moi, établi d'abord deux grandes catégories de syphilis cérébrale. La première est la plus classique avec ses claudications nerveuses variées : vertiges, parésies, paraplégies, etc. ; celle-là est *vasculaire*. Son caractère principal est de ne s'accompagner que de fort peu de troubles de l'esprit. Au lieu que, dans l'autre catégorie, les lésions vasculaires sont nulles ou réduites. Tout se passe ou doit se passer dans le parenchyme cérébral par des processus divers. J'en décrirai quelques-uns dans un prochain travail.

M. Porc'her (de Dury) — Nous embrassons sous le terme « hérédo-syphilis » des phénomènes complexes et peut-être disparates. Si nous sommes à peu près d'accord sur l'hérédo-syphilis de première génération, c'est-à-dire sur la syphilis acquise par infection prénatale, les faits dénommés hérédo-syphilis de seconde et de troisième génération présentent souvent une allure paradoxale et bien des points restent obscurs ; je pense qu'ils ne pourront être élucidés que quand nous connaîtrons le cycle biologique du tréponème : or, de cela, nous ne savons rien

D'ailleurs, à côté de cette hérédo-syphilis virulente, on envisage, et ceci précisément pour interprêter des points obscurs et qui cadrent mal avec nos explications habituelles, une hérédo-syphilis toxinique, terme fort mal défini et peu précis. Il est permis d'envisager une dysgénèse non infectieuse à partir de gamètes lésés du fait de la maladie des parents : les travaux des Hertwig (1909-1927), portant il est vrai sur un matériel zoologique assez éloigné de l'homme, donnent une base solide à cette manière de voir.

Malheureusement, tout un ensemble de phénomènes encore peu connus vient encore compliquer le problème. La généti-

que nous apprend que, par mutation, le produit normal de l'union de deux gamètes (ou zygotes) normaux peut présenter des anomalies spontanées, c'est-à-dire sans causes spécifiques actuellement analysables et, comme on dit simplement, « par hasard ». Chez l'homme, il est très probable que nous nous trouvons pratiquement toujours en présence de conjugaisons neuro-zygotes et il n'est pas déraisonnable d'avancer que des anomalies, par rapport à la moyenne théorique que nous dénommons « type normal », doivent se rencontrer dans 50 0/0 des cas. Quant au degré de ces anomalies, nous savons qu'il peut aller jusqu'à la suppression de l'être nouveau par impossibilité de vivre *a concepto,* mais nous connaissons encore trop peu pour serrer le problème tout hérissé des difficultés bien connues inhérentes aux probabilités discontinues.

Démêler dans ce complexe la part de l'hérédo-syphilis par infection ou par induction est une tâche difficile. Il s'agit en somme d'un problème de démographie et la statistique, avec malheureusement ses défauts, est notre seule moyen d'exploration dans un domaine où l'expérimentation est pratiquement impossible et où nous ne pouvons qu'observer une Nature dont la fantaisie déroute notre analyse, et déconcerte nos habitudes logiques.

Aussi pensè-je que nous devons nous montrer à la fois scrupuleux et très difficiles dans nos statistiques. Je crois fermement que la syphilis est un facteur étiologique très important du point de vue de la psychiatrie, je le crois, mais je voudrais en être sûr.

Qu'il me soit permis de regretter que les honorables rapporteurs n'aient point profité du fait que chacun d'eux opérait dans deux régions différentes et qu'ils ne se soient point mis d'accord pour rechercher, chacun dans son secteur, la plus ou moins grande fréquence de la syphilis dans les populations dépendant de leur asile au point de vue hospitalisation, d'une part, et, d'autre part, le pourcentage d'aliénés fournis par les dites populations et la variété des psychoses.

Enfin, les honorables rapporteurs ont fort justement remarqué que nous ignorons tout de la pathogénie; alors, à quoi bon envisager une hérédo-syphilo-psycho-colloïdoclasie. Les racines grecques se laissent étirer en se compliquant sans fin et la clarté n'y gagne rien.

Le mot colloïde n'a aucune vertu magique ; d'ailleurs, à

mesure que la science progresse, on parle davantage de chimie des complexes. La médecine est toute encombrée d'explications verbales : réagissons et sachons dire « je ne sais pas ». C'est encore, je crois, la meilleure méthode pour progresser.

M. Courbon (de Paris) — La syphilis latente, celle qui ne se manifeste par aucun signe clinique et dont l'existence n'est révélée que par quelques modifications humorales plus ou moins incomplètes, a-t-elle vraiment toujours le rôle étiologique que lui attribuent certains auteurs à propos des divers syndromes cliniques qui l'accompagnent parfois : appendicite, fièvres, adémopathies, zona, myopathie, diabète, psychoses ? Faut-il admettre un pansyphilitisme étiologique, ou bien n'y a-t-il parfois que coïncidence ? En tous cas, les affirmations proclamant le lien étiologique ne reposent pas sur des faits réalisant la certitude d'après les exigences de Claude Bernard. A défaut d'une contre-épreuve impossible, il faudrait voir si les individus incontestablement bien portants n'ont jamais de modification humorale pouvant faire conclure à l'existence d'une syphilis latente. Un jour viendra peut-être où les sociétés passionnées de prophylaxie, qui ont déjà installé la castration des anormaux et le certificat prénuptial des normaux, installeront le certificat d'analyse biologique comme complément de celui de vaccination.

Entre une syphilis en évolution et une psychose, il n'y a souvent qu'un rapport de coïncidence (délirants ou cyclothymiques, qui ne sont en rien modifiés après qu'ils ont contracté une syphilis se manifestant par des signes cliniques évidents).

La syphilis latente, qui est héréditaire, ou qui date de très longtemps, peut créer une prédisposition aux maladies mentales, comme le disent les rapporteurs. Mais on a trop négligé le rôle capital des causes efficientes, qui interviennent toujours (intoxications, infections, émotions, excès, surmenage, misère, traumatismes). Tant qu'on n'aura pas prouvé leur rôle, on risquera, en rejetant toute l'étiologie sur la seule syphilis, de commettre à son égard une injustice analogue à celle commise jadis à l'égard de la ménine, accusée toujours d'avoir inspiré les méfaits commis simultanément par elle et par l'Infante.

M. Van der Scheer (de Santpoort, Hollande). — J'ai examiné, en Hollande, à peu près 150 cas de mongolisme, et, dans

beaucoup de ces cas, j'ai pu examiner le sang des parents. Le sang et le liquide céphalo-rachidien des enfants sont, dans la plupart des cas, négatifs quant aux réactions spécifiques d'hérédo-syphilis. Chez les parents, je n'ai pas trouvé des signes humoraux de syphilis dans plus de 7 0/0 des cas.

M. S. Peyri (de Barcelone). — Permettez à un syphiligraphe d'intervenir un court moment pour donner son opinion sur l'intéressante question que vous débattez. Tout d'abord, je veux nettement distinguer la syphilis *virulente* (conjonctive et parenchymateuse), qui produit des psychoses très clairement définies, de la syphilis *dystrophique :* dans le cas d'hérédosyphilis, les psychoses de la syphilis dystrophique sont presque toujours indirectes (troubles du développement, troubles endocriniens), et l'on peut prouver l'existence d'un facteur intermédiaire, qui conditionne la psychose ; c'est peut-être le contraire dans la syphilis acquise où, quelquefois, on rencontre des psychoses fonctionnelles simples, syphilitiques ou dystrophiques indirectes, mais plus souvent directes ; la conséquence est que, dans les psychoses fonctionnelles, il faut toujours rechercher les troubles endocriniens, qui donnent quelquefois la clé de ces psychoses.

Aux six mécanismes qu'assignent Nonne et Dupré à la production de ces psychoses, il faut ajouter le mécanisme endocrinien, démontré par les épreuves pharmacodynamiques et par les épreuves endocriniennes.

M. Adam (de Rouffach). — Je me rallie aux conclusions du Dr Hamel, demandant que, dans chaque asile, un laboratoire permettant de faire des recherches biologiques soit installé et que les observations soient plus complètes en ce qui concerne le passé héréditaire des malades.

Pour ce qui est de l'organisation de laboratoires, Hamel a bien prouvé à Maréville (et son rapport en est la confirmation éclatante), qu'elle est possible, même avec de moyens matériels modestes. Cependant, il ne faut pas oublier que dans trop d'asiles, un médecin isolé, ayant souvent à soigner plus de cinq cents malades, n'a pas beaucoup de temps à consacrer à ces recherches, si même on lui donne un crédit pour organiser son laboratoire. Bien souvent, il faut déjà s'estimer heureux de pouvoir faire faire les recherches biologiques dans un hôpital ou une université voisins.

Il semblerait *a priori* plus facile de répondre au second desideratum d'Hamel : compléter les observations, en ce qui concerne l'hérédité de chaque individu. Et cependant, si l'on veut bien considérer, d'une part, que d'après les lois de Mendel, une tare d'un ancêtre peut se retrouver chez un descendant très éloigné, d'autre part, que les ascendants *directs* d'un seul sujet se trouvent être à la quatrième génération de 30 individus, on admettra bien que, même dans les familles cultivées, il soit difficile, sinon impossible, d'obtenir des renseignements remontant jusqu'au trisaïeul. Quel est celui de nous, médecins, qui pourrait donner des précisions sur dix de ses trente ascendants *directs*, depuis le début du XIXe siècle ?

Peut-être un jour, comme le demande Courbon, possédera-t-on, classées, les fiches biologiques de chaque individu, mais ces fiches ne sauraient être conservées dans les familles, trop intéressées à dissimuler certaines tares... Si un Institut national les centralise et les tient à la disposition des médecins, alors pourra-t-on prendre des observations plus complètes. Nos arrières petits-neveux pourront peut-être bénéficier d'une telle réforme.

M. Aug. LEY (de Bruxelles). — En ce qui concerne le traitement des troubles dus à l'hérédo-syphilis, dont les rapporteurs n'ont parlé que brièvement et incidemment, il me paraît intéressant de signaler que, devant les insuccès manifestes de tentatives thérapeutiques spécifiques, pratiquées dans des cas où les réactions humorales, les commémoratifs et les troubles morphologiques ne laissent aucun doute sur l'étiologie, on pourrait pratiquer une pyréto-thérapie, dont les résultats seraient peut-être de nature à modifier la réceptivité thérapeutique des sujets. J'ai eu l'occasion de faire l'impaludation de trois jeunes hérédo-syphilitiques, deux imbéciles et un épileptique, sans d'ailleurs obtenir de modifications consécutives, malgré le traitement spécifique prolongé. Mais cette méthode me paraît digne d'être expérimentée sur un nombre considérable de sujets.

M. ANGLADE (de Bordeaux). — M. A. LEY a constaté l'inefficacité de la fièvre provoquée par la malaria et appliquée au traitement des insuffisances cérébrales congénitales. Je signale, à ce propos, et pour corroborer ce que je viens de dire, que la syphilis cérébrale classique, c'est-à-dire la syphilis cérébrale

d'origine strictement vasculaire, ou presque, n'est pas justiciable de la thérapeutique par les agents pyrétogènes, quels qu'ils soient. S'il est vrai que tous les syphilitiques cérébraux, dont nous parlions avant de connaître l'origine syphilitique de la Paralysie générale, sont des syphilitiques par atteinte constante des vaisseaux, il en résulte qu'il faut s'abstenir de leur donner la fièvre, susceptible de faire rompre leurs artères ou d'en favoriser l'oblitération. C'est, selon moi, un point important de prudence thérapeutique.

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Il est, je pense, admis par tous ceux qui ont quelque pratique de la malariathérapie, que l'intégrité cardio-vasculaire et rénale est une condition indispensable pour entreprendre cette thérapeutique.

M. Lépine (de Lyon). — Parmi les signes cliniques d'hérédo-syphilis dans l'enfance arriérée, il m'a paru assez constant de retrouver cette étiologie chez les enfants à grande instabilité motrice, incapables de rester en place, touche à tout, souvent dépourvus des stigmates dystrophiques de l'infection.

La réalité de celle-ci paraît découler, soit de vérifications sérologiques, soit de l'influence, parfois remarquable, du traitement.

Réponse des rapporteurs

Le Docteur Hamel, parlant tant en son nom, qu'en celui de son co-rapporteur, le *Docteur Lopez-Albo,* remercie le *Docteur Babonneix* de ses appréciations élogieuses ; il est heureux de se trouver d'accord avec lui sur l'interprétation à donner aux résultats sérologiques et s'est inspiré, au point de vue clinique, des travaux si complets et si documentés de *M. Babonneix.*

A *M. le Professeur Laignel-Lavastine,* il adresse aussi ses remerciements. Il note avec soin les nouvelles précisions que *M. Laignel-Lavastine* a apportées, au cours de cette discussion (1), sur le rôle particulier de l'hérédo-syphilis chez certains débiles et déséquilibrés émotifs, psychasthéniques, comitiaux, maniaco-dépressifs, hébéphréniques, et dans quelques cas d'automatisme mental.

Il est d'accord avec lui sur l'existence d'une vagotonie

(1) Voir Communications, p. 253.

héréditaire, souvent elle-même d'origine syphilitique, avec alcalose sanguine fréquente et insuffisance hépatique. Le traitement des syndromes psychiques doit s'inspirer de ces considérations.

Le rapporteur, à cette occasion, décrit un type de psychose syphilitique, qu'il a plusieurs fois rencontré et qui peut relever, soit de la syphilis acquise, soit de l'hérédo-syphilis.

A *M. le Docteur Hesnard,* le *Docteur Hamel,* après s'être excusé d'avoir omis de mentionner la thèse de *Jacquin,* et les premiers travaux de *Régis* sur le sujet, répond qu'il se défend d'étendre exagérément le domaine de l'hérédo-syphilis et qu'il y a certainement des cas où l'hérédo-syphilis n'est qu'une coïncidence. Comme *M. Hesnard,* qui a rencontré 11 fois l'hérédo-syphilis dans 27 cas de névrose grave, il pense que les psychasthéniques sont fréquemment des hérédos. Mais alors que *M. Hesnard* a toujours constaté l'échec du traitement spécifique, le rapporteur a eu, dans de semblables cas, des succès remarquables : il pense qu'on doit allier à la médication symptomatique (opothérapique, phosphorée), l'hygiène sédative (alitement, hydrothérapie), la psychothérapie, qui tient une place essentielle, et, selon les principes de *Ravaut,* s'efforcer d'obtenir la consolidation du terrain, par la médication spécifique *per os,* bien préférable, dans ce cas, aux traitements par voie intramusculaire ou intraveineuse.

Il reconnaît l'importance des facteurs psychologiques des psychopathies, mais pense qu'un terrain sensibilisé par l'infection H. est favorable à leur développement.

A *M. Anglade,* qui rappelle l'action d'autres diathèses, et en particulier de la tuberculose, le rapporteur répond qu'il estime en effet fort important, sinon prépondérant, le rôle de la tuberculose, dans l'éclosion de la démence précoce en particulier.

Mais s'agit-il d'hérédo-tuberculose, ou d'un terrain dystrophique, ou de tuberculose acquise ? Le problème est des plus délicats. D'autre part, l'hérédo-syphilis fait souvent le lit de la tuberculose.

Le *Docteur Hamel* convient que des recherches anatomiques parallèles aux études biologiques sont indispensables.

A *M. Porc'her,* qui regrette de n'avoir eu devant les yeux que des chiffres et non des observations capables de rendre compte des individualités cliniques, le rapporteur dit qu'il ne pouvait pas publier ses 181 observations dans le rapport. Mais il les a

groupées, sous forme de tableaux, dans une brochure qui a été offerte aux congressistes. D'autre part, elles paraîtront *in extenso* dans la suite. *M. Porc'her* a fait de justes observations sur l'hérédité dystrophique, et, en particulier, la viciation initiale des gamètes. Il a insisté sur la nécessité des statistiques parfaites. Ce sont là, pour le rapporteur, des faits exacts et des désirs légitimes, mais, dans la pratique, il faut tenir compte des contingences et faire ce qui est possible, avec les moyens dont on dispose. C'est pour cela qu'il propose à ceux que le sujet intéresse une méthode de travail qu'il n'a pas inventée, et qui est celle que les neurologistes et syphiligraphes ont suivie jusqu'alors avec succès.

Le *Docteur Hamel* s'excuse ensuite, faute de temps, de ne pouvoir répondre à chacun des congressistes qui lui ont fait l'honneur de prendre part à la discussion de son rapport.

Il remercie encore *MM. Courbon, Ley, Lépine* et *Adam,* de leurs appréciations favorables et des faits qu'ils apportent en faveur des opinions qu'il a soutenues avec le *Docteur Lopez Albo.* Il est frappé d'avoir rencontré, comme *M. le Professeur Lépine,* des enfants prodigieusement instables, hérédo-syphilitiques certains ou probables, sans aucun stigmate. Comme lui, il a obtenu des résultats très variables par le traitement. Il insiste cependant sur le fait que les stigmates humoraux sont rarement recherchés à fond. Il croit qu'ils font rarement entièrement défaut.

En terminant, le rapporteur se dit entièrement d'accord avec son ami *Adam,* sur les immenses difficultés de l'enquête familiale. Mais il estime qu'il ne faut pas tomber dans l'exagération dans ce sens non plus, de crainte de verser dans un scepticisme dangereux. Il rappelle la richesse des statistiques étrangères sur l'hérédité des psychopathes, et donne en exemple les travaux du *Docteur Bersot* (de Neuchâtel).

DEUXIÈME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

LES TROUBLES SENSITIFS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

ÉTUDE CLINIQUE

Rapport de

M. le Dr ALAJOUANINE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux de Paris

LES TROUBLES SENSITIFS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

ETUDE CLINIQUE

Les troubles sensitifs subjectifs sont les plus fréquents et les plus importants des troubles sensitifs de la sclérose en plaques. Ce sont eux que nous décrirons tout d'abord. Nous envisagerons ensuite les troubles sensitifs objectifs, qu'ils portent sur la sensibilité superficielle ou sur la sensibilité profonde. Chacune de ces variétés sera étudiée d'abord au point de vue séméiologique, ensuite au point de vue évolutif, enfin au point de vue de leur valeur diagnostique.

⁂

A. — ETUDE SEMEIOLOGIQUE

1. LES TROUBLES SENSITIFS SUBJECTIFS

Parmi les troubles sensitifs de la sclérose en plaques, les troubles subjectifs sont de beaucoup les plus caractéristiques. On peut dire qu'à l'inverse des troubles objectifs qui, le plus souvent, n'offrent aucune spécificité, l'astéréognosie mise à part, un cortège souvent très caractéristique de troubles sensitifs subjectifs fait son apparition avec les premiers épisodes évolutifs de la sclérose disséminée. Ces troubles prennent donc ainsi une très réelle valeur d'orientation diagnostique.

Les troubles subjectifs les plus importants sont constitués par des *paresthésies :* il en existe toute une gamme allant depuis les fourmillements, les sensations d'engourdissement, qui sont sans doute les plus fréquemment rencontrées, jusqu'à des phénomènes dysesthésiques variés et à des sensations spéciales à type de décharge électrique. Les phénomènes *douloureux* proprement dits sont d'observation moins fréquente ; enfin il est un type de troubles sensitifs sur lequel on a peu insisté et qui mérite d'être signalé, c'est le *prurit.*

Dans l'ensemble, ce sont donc les paresthésies qui sont au premier plan du tableau sensitif subjectif de la sclérose en plaques. Souvent même, les paresthésies constituent le symptôme dominant des périodes initiales de l'affection et l'on pourrait parler de véritables formes paresthésiques de début de la maladie. Comme nous le verrons à l'étude de l'évolution, c'est en effet, avant tout, une manifestation initiale, ou du moins, qui prend toute sa valeur dans les aspects frustes réalisés par les premières poussées ; quand les paresthésies persistent ultérieurement, elles ne sont plus souvent qu'un symptôme effacé dans un tableau où dominent des troubles plus graves : troubles moteurs et troubles de la coordination.

I. Description

Nous allons décrire (1) les caractères des troubles subjectifs en scindant, de façon un peu artificielle il est vrai, un certain nombre de variétés :

a) les paresthésies proprement dites.
b) les paresthésies à type de sensation électrique.
c) les dysesthésies thermiques.
d) les dysesthésies profondes.
e) les douleurs.
f) le prurit.

a) *Les paresthésies proprement dites.* — Nous envisagerons les paresthésies des extrémités, les paresthésies des membres, les paresthésies du tronc, qui se présentent sous des aspects assez dissemblables.

1. Les *paresthésies des extrémités* sont certainement le plus fréquemment observées ; on peut même presque dire qu'elles sont constantes, tout au moins à la période initiale de l'affection. Il en existe deux types, qui d'ailleurs s'associent souvent: les sensations de fourmillement, les sensations d'engourdissement.

Les *fourmillements* sont plus fréquents au niveau de l'extrémité des membres supérieurs où ils affectent fréquemment la dernière ou les deux dernières phalanges des doigts. Parfois localisés d'un seul côté, ils deviennent plus ou moins vite bilatéraux. C'est en général une sensation permanente qui va

---

(1) Notre description est basée sur l'étude de 50 observations de malades, suivis pour la plupart pendant plusieurs années. Nous avons surtout envisagé nos constatations personnelles, limitant volontairement la bibliographie dans un exposé qui devait rester court.

durer pendant plusieurs heures, se répétant les jours suivants et qui peut disparaître pour réapparaître ultérieurement au cours de nouveaux épisodes évolutifs. Il est à noter que le fourmillement peut être provoqué par la pression sur les troncs nerveux ; c'est ainsi que nombre de malades signalent l'apparition de fourmillements la nuit lorsqu'ils se sont appuyés un certain temps sur l'un des membres supérieurs ; c'est l'exagération d'un phénomène banal, qui prend son intérêt de la fréquence avec laquelle il est déclanché dans ces cas. Ajoutons que souvent, sous l'étiquette de fourmillement, les malades décrivent une sensation de picotement ou de contact électrique du bout des doigts ressenti en général en appuyant sur un objet, phénomène qui appartient à l'ordre des dysesthésies de type électrique.

L'*engourdissement* des extrémités est un phénomène fréquemment associé au fourmillement, mais il peut exister également à l'état isolé. Cette sensation spéciale, qui est intermédiaire entre la sensation provoquée par une immobilité prolongée dans une attitude de contraction musculaire statique et la sensation des troubles circulatoires liés au froid très vif, est d'ailleurs difficile à définir de façon précise. Elle est différente en tout cas des sensations liées aux troubles vaso-moteurs telles qu'on les observe à la phase initiale de l'onglée. Elle s'observe au niveau de la pulpe des doigts, plus particulièrement au niveau de la phalange unguéale et peut aussi s'étendre à toute la main. Nous l'avons vu se présenter avec une topographie radiculaire n'occupant, par exemple, que le bord cubital de la main et les deux derniers doigts. Comme le fourmillement, il n'est pas rare de voir l'engourdissement provoqué avec une facilité anormale par la pression du corps sur le membre et certains malades déclarent avoir de ce fait une grande difficulté à trouver, surtout la nuit, une attitude qui ne soit pas pénible.

2. Les *paresthésies des membres* sont très analogues aux sensations d'engourdissement des extrémités; c'est une sensation de membre engourdi, de membre lourd, de membre qui donne à la fois au malade l'impression d'être senti de façon anormale et cependant d'être perçu de façon obtuse ; chez certains malades, l'impression de lourdeur, de pesanteur du membre est telle que leur comparaison est volontiers celle « d'un membre de plomb », et ceci en dehors de tout phénomène moteur notable. Une de nos malades, pour exprimer cette sensation, disait que lorsqu'elle levait le bras, elle avait

l'impression d'avoir une corde au pli du coude à laquelle était attaché un poids lourd, bien qu'elle n'eut pas de diminution de force notable.

3. Les *paresthésies du tronc* sont souvent très particulières. On peut en distinguer trois aspects : une sensation de *constriction abdomino-thoracique,* qui donne au sujet l'impression d'être enserré dans un corset, d'avoir quelque chose qui appuie sur la base du thorax ou sur les flancs, sensation assez analogue à celles que l'on observe dans certaines compressions médullaires de la région dorsale ou encore dans certains cas de myélite, mais où d'ordinaire elles sont franchement douloureuses et coexistent avec des troubles sensitifs objectifs importants, ce qui habituellement n'est pas le cas dans la sclérose en plaques. Un deuxième aspect de ces paresthésies du tronc, qui est peut-être le plus fréquemment rencontré, est celui d'une *sensation de plaque rigide* appliquée sur l'un des flancs, parfois sur les deux. Les malades comparent cette sensation au fait d'avoir comme une plaque de carton enchâssée dans la paroi thoracique inférieure et abdominale ou encore à une sensation d'un raidissement de cette partie du corps, qui d'ailleurs, comme nous le verrons aux dysesthésies thermiques, peut s'accompagner d'une sensation de froid localisé, particulièrement pénible. Enfin un dernier aspect est constitué par une sensation répondant à celle d'un *corps interposé* entre la peau du tronc et les vêtements : « C'est comme si j'avais à ce niveau une couche d'ouate qui me gêne », déclarait une de nos malades.

Ces diverses paresthésies, plus particulièrement celles des membres et des extrémités, sont souvent déclanchées soit dans la statique, soit dans le mouvement : c'est ainsi que les fourmillements apparaissent, surtout chez certains malades, quand ils posent le pied sur le sol, ou quand ils appuient la main sur un objet. Le contact, la contraction statique ou volitionnelle semblent jouer un rôle important dans leur apparition.

Toutes ces paresthésies sont *pénibles* ; certains malades y attachent même une très grande importance et leur attribuent une gêne très notable par leur répétition ou par leur constance; elles attirent l'attention de certains sujets au point de rappeler, comme nous l'avons vu dans l'une de nos observations, l'état de malaise anxieux auquel donnent lieu les cénesthopathies ou les sensations de certains hypochondriaques. La malade à laquelle nous faisons allusion présente depuis 4 ans une forme avec paresthésies intenses et douleurs, troubles mo-

teurs discrets, syndrome humoral liquidien positif. Depuis 2 ans, elle a des manifestations psychiques, caractérisées par des plaintes perpétuelles au sujet des malaises créés par ses paresthésies pour lesquelles elle donne des comparaisons imagées, évoquant l'impression de sensations fort pénibles, d'une véritable torture qui rappelle de tout point les litanies des hypochondriaques. C'est là un fait exceptionnel qui s'oppose à l'habituelle confiance, et presque à l'euphorie habituelle des sclérotiques.

La fréquence de ces paresthésies est très grande ; depuis le travail de Freund (1899), de nombreux auteurs ont insisté sur leur fréquence. Récemment Birdley et Dudgeon les constataient, d'après leur statistique, dans 82,6 p. 100 des cas. Cette fréquence est de l'ordre de celle observée par nous-mêmes. Quant à l'évolution de ces paresthésies, nous y reviendrons ultérieurement.

b) Les paresthésies à type de sensations électriques. — C'est là un type de paresthésie qui, sans être pathognomonique, est assez spécial à la sclérose en plaques. Il s'agit soit de sensations de décharges électriques suivant un trajet déterminé, soit de sensations de contact électrique local.

1. Les *sensations de décharge électrique* peuvent s'observer soit au niveau d'un membre, soit au niveau du dos, parcourant toute la région spinale.

Les *sensations de décharge au niveau d'un membre* sont brusques, donnant l'impression d'un courant parcourant brutalement le membre de sa racine à son extrémité, ou inversement sans que la sensation soit, à vrai dire, douloureuse, différant donc essentiellement de la douleur fulgurante. Fréquemment le phénomène est déclanché par un mouvement ; un de nos malades percevait cette sensation de décharge électrique dans le membre inférieur droit au cours du mouvement de flexion et d'abduction de la cuisse ou lors de l'inclinaison latérale du tronc. Un autre ne percevait la sensation de décharge électrique qu'à l'occasion d'un choc, par exemple quand son pied butait dans la marche. Il s'agit essentiellement de phénomènes intermittents.

La *sensation de décharge électrique au niveau du dos,* sur laquelle Lhermitte, Mlle Lévy et Nicolas ont récemment attiré l'attention, est également une sensation paroxystique analogue à celle d'un courant électrique allant de la nuque à la région sacrée, phénomène également déclanché par les mouvements de la colonne cervicale, plus particulièrement par

les mouvements de flexion. Ce dernier type de paresthésie électrique nous semble plus fréquent que le premier ; alors que nous n'avons observé le phénomène de décharge au niveau d'un membre que dans trois cas, nous avons observé la sensation de décharge électrique du dos dans une dizaine d'observations.

2. La *sensation de contact électrique* est beaucoup plus fréquemment rencontrée que la sensation de décharge. Elle est presque toujours localisée au niveau de la pulpe des doigts. Les malades comparent, en effet, dans ces cas, la sensation ressentie, lors de la pression des doigts sur un objet, à une sensation de contact avec un fil électrique dénudé, et par sa répétition dans les moindres actes de préhension, cette sensation devient, dans certains cas, tout à fait désagréable. La sensation de fourmillement provoqué par le contact n'est le plus souvent, comme nous l'avons vu, qu'une sensation de contact électrique.

c) Les dysesthésies thermiques. — On observe dans la sclérose en plaques toute une série de perturbations des sensations thermiques. Tantôt c'est une sensation de froid, souvent très localisée soit au niveau d'une extrémité d'un membre, soit au niveau de sa racine, soit au niveau du tronc ou du thorax, parfois même au niveau du visage et ceci en dehors de toute perturbation vaso-motrice objective. Aussi certains malades portent-ils, dans le but de prévenir cette sensation, soit une ceinture de laine, soit des sous-vêtements chauds. Inversement on peut observer une sensation de chaleur anormale, tels trois de nos malades qui avaient l'impression de ressentir au niveau des cuisses la sensation d'une onde analogue à celle provenant d'une bouche de chaleur. Dans d'autres cas, le malade ressent une impression de raideur glacée également localisée, telle, dans une de nos observations, une malade qui avait l'impression d'avoir un glaçon appliqué sur les flancs.

D'autres fois, il s'agit de sensations comparées à celle d'un liquide coulant sur la peau, sensation observée surtout au niveau du dos. A rapprocher de ces sensations, celle de peau mouillée, de carton mouillé appliqué sur la peau.

Cet ensemble de dysesthésies thermiques rappelle beaucoup celles que l'on peut observer au cours des syndromes thalamiques, mais nous n'avons pas noté dans la sclérose en plaques la sensation de contact désagréable vis-à-vis d'un corps froid ou chaud, cette over-réaction thermique que l'on observe si souvent dans les lésions de la couche optique.

A côté des dysesthésies thermiques et très proches d'elles sont certaines *dysesthésies pénibles et même douloureuses,* telles que les sensations de picotement, de piqûre d'épingle ressenties au niveau des extrémités, telles certaines sensations de raideur pénible, que nous retrouverons au chapitre des phénomènes douloureux.

d) Les dysesthésies profondes. — On peut classer sous ce nom un certain nombre de perturbations subjectives. Tantôt c'est une sensation analogue à celle qu'on observe au cours de certaines polynévrites ou chez les tabétiques, sensation de corps interposé entre le pied et le sol, sensation de marcher sur du coton, sensation de marcher sur un tapis épais, sans que l'on note d'ailleurs de troubles notables de la sensibilité profonde au niveau des extrémités inférieures. C'est sans doute en partie à ces phénomènes subjectifs qu'il faut rattacher l'impression de dérobement des jambes, que l'on observe parfois au début de la sclérose en plaques, phénomène auquel d'ailleurs l'hypotonie musculaire ne semble pas étrangère. D'autres dysesthésies profondes portent surtout sur les mains (sensation de gant épais entourant les doigts et la main) ou sur le tronc (sensation de corps étranger, d'ouate interposés entre le corps et les vêtements) ou au niveau des articulations (sensation de genou entouré d'une bande d'étoffe serrée).

e) Les douleurs. — Contrairement à l'opinion classique, les douleurs ne sont pas exceptionnelles dans la sclérose en plaques. Bien qu'on attire peu, d'ordinaire, l'attention sur ce symptôme, l'existence des douleurs dans les diverses parties du corps au cours de l'évolution de la sclérose multiple a été signalée par un certain nombre d'auteurs (Berger, Müller, Oppenheim, Nonne, Schlesinger, plus récemment en France par Guillain, Barré, Devic, en Amérique par Taylor, Keschner et Malamud et enfin par O. Sittig, de Prague).

Ces phénomènes douloureux peuvent parfois revêtir une grande intensité dominant le tableau clinique, tantôt apparaissant au début de l'affection comme symptôme initial, tantôt au contraire apparaissant de façon tardive, dans certains cas persistant pendant toute la durée de la maladie. Les formes de grande intensité et persistantes sont cependant relativement rares ; c'est à propos de ces formes que Müller employait l'expression de *sclerosis multiplex dolorosa.*

Les phénomènes douloureux sont assez variables dans leurs caractères et dans leur topographie ; tantôt ce sont des névralgies, tantôt des phénomènes douloureux paroxystiques, tan-

tôt des phénomènes douloureux musculo-articulaires ; enfin on peut observer des céphalées souvent intenses et rebelles. Ces algies peuvent occuper toutes les parties du corps, tantôt siégeant aux membres, tantôt à la ceinture, enfin pouvant se localiser dans la sphère du trijumeau.

1. Les *douleurs névralgiques* peuvent prendre les caractères d'une algie essentielle avec un territoire fixe et localisé. C'est ainsi que l'on peut observer une *névralgie faciale,* comme l'ont signalé Oppenheim, Marburg, Berger, Guillain ; Harry Parker a rapporté récemment quatre cas, dont un avec un examen anatomique, de névralgie faciale grave du trijumeau au cours de la sclérose en plaques ; nous en avons observé nous-même deux cas. Tantôt il s'agit d'un phénomène de début ; beaucoup plus souvent elle apparaît au cours de l'évolution coïncidant ou non avec d'autres phénomènes bulbo-protubérantiels. En général donc, la névralgie est facilement rapportée à sa cause. La névralgie est généralement unilatérale portant sur l'ensemble ou seulement sur une des branches du trijumeau, procédant avec les caractères habituels de la névralgie essentielle (paroxysmes douloureux intenses avec périodes de sédation complète), perturbant le sommeil. Dans les cas de Parker, la section rétro-gasserienne du trijumeau donna une sédation complète de la douleur, alors que les injections d'alcool avaient été sans résultat.

Les cas de névralgie du trijumeau avec autopsie posent le problème important de la pathogénie de ces phénomènes douloureux, que le cadre de notre rapport ne nous permet pas d'aborder.

A côté de la névralgie du trijumeau, on peut observer d'autres névralgies localisées, par exemple des sciatiques, ou tout au moins des phénomènes douloureux occupant un territoire sensiblement analogue à celui du nerf sciatique ; également on peut observer des névralgies intercostales. Ces algies présentent rarement les caractères des algies radiculaires, leur topographie est moins précise, leur intensité est moindre. Elles peuvent être de longue durée et sont souvent cataloguées par les malades : rhumatismes.

Un type particulier de névralgie nous paraît devoir être signalé, ce sont les douleurs à type de *causalgie :* si dans certains cas les phénomènes névralgiques de la région dorsale, des membres et même de la face peuvent revêtir un caractère de douleur proche de la brûlure, on peut également noter, comme nous l'avons vu dans deux observations, des phénomè-

nes de douleur localisée, offrant tous les caractères de la causalgie, à l'exception peut-être de sa continuité. Dans l'un de nos deux cas, la causalgie était localisée à la main et à l'avant-bras, prédominant dans le territoire radiculaire interne et avait constitué l'un des premiers signes de début, faisant soupçonner une néoplasie intra-médullaire. La sensation de brûlure était tellement intense que, comme dans les causalgies, la malade éprouvait le besoin de tremper sa main dans l'eau froide ou de l'entourer d'un linge mouillé. Le phénomène s'atténua au bout de quelques mois et reparut plusieurs fois dans les années suivantes de façon temporaire. Dans notre deuxième cas, il s'agissait d'une causalgie du membre inférieur apparaissant de façon paroxystique, généralement la nuit, donnant lieu à une sensation de brûlure, sans modification des téguments, durant plusieurs heures, d'intensité plus modérée que dans le cas précédent. Le phénomène apparut au cours d'une poussée subaiguë et dura quelques semaines, procédant par paroxysmes, réalisant un état intermédiaire entre la causalgie et l'érythromélalgie, mais sans les phénomènes vaso-moteurs de cette dernière.

2. A côté de ces douleurs névralgiques (algies du trijumeau, algies des membres, causalgie), il existe des phénomènes douloureux paroxystiques des plus remarquables et proches des *douleurs fulgurantes*. Il s'agit de sensations brèves, très pénibles, cependant beaucoup moins intenses d'ordinaire que les douleurs tabétiques. Elles siègent avec prédilection aux membres inférieurs, au niveau de la ceinture. Il faut en rapprocher certaines douleurs profondes, osseuses, rappelant les douleurs ostéoscopes, les douleurs térébrantes ; phénomènes de grande intensité, mais généralement très brefs.

3. Les *douleurs constrictives* sont également assez fréquentes ; elles procèdent par périodes et parfois revêtent le même caractère paroxystique que les douleurs fulgurantes ; tantôt elles siègent en ceinture, tantôt elles se présentent au pourtour des articulations, surtout au genou et à la cheville.

4. A côté de ces phénomènes douloureux nets, il existe une variété de *douleurs musculaires et articulaires,* dont se plaignent souvent les malades atteints de sclérose en plaques ; tantôt ce sont des douleurs siégeant au niveau des muscles lombaires, sensation d'enraidissement et d'endolorissement à la fois ; tantôt c'est au niveau des muscles de la main et de la plante du pied. Parfois même, ces douleurs sont plus violentes, il s'agit d'une douleur pongitive, d'une douleur d'arra-

chement comme dans une de nos observations où la malade sentait comme un décollement des muscles au niveau du bras, phénomène qui d'ailleurs débuta brusquement et disparut de même. Au niveau des articulations, tantôt c'est une sensation de gonflement, tantôt une sensation d'enraidissement douloureux. Ces phénomènes sont généralement fort pénibles, tant par leur caractère que par leur subcontinuité ; ils existent surtout dans des formes déjà très caractérisées. Il faut également signaler l'existence de *crampes* musculaires, que nous avons notées dans un certain nombre de cas : tantôt phénomène purement subjectif, tantôt accompagné d'une contraction d'un muscle, généralement peu durable.

5. Enfin, il faut mentionner la *céphalée.* Müller signalait déjà l'existence de céphalées rebelles pénibles, à type d'hémicranie ou diffuses. Plus récemment, Foix et Mme Schiff-Wertheimer ont attiré l'attention sur la forme céphalalgique de début de la sclérose en plaques. Il s'agit de cas où les phénomènes initiaux de l'affection : diplopie, névrite rétro-bulbaire, troubles moteurs, troubles cérébelleux s'accompagnent de maux de tête qui, par leur intensité, leur caractère rebelle, peuvent orienter le diagnostic à cette période vers l'hypothèse d'une néoplasie intra-cranienne. Nous avons observé un cas de cet ordre. Le malade avait présenté brusquement de l'amaurose unilatérale, un hémi-syndrome cérébelleux et des phénomènes paresthésiques à caractères douloureux qui, par leur brusquerie, faisaient penser à des phénomènes d'épilepsie sensitive ; ce malade accusait en outre une céphalée intense, gravative et l'hypothèse d'une tumeur cérébrale fut envisagée pendant quelques temps, jusqu'à l'apparition de paresthésies du type électrique au cours des mouvements de la nuque, de vertiges avec nystagmus et de signes pyramidaux frustes.

f) Le prurit. — L'existence d'un *prurit* violent a été signalé par Müller ; Guillain note également dans son rapport avoir constaté plusieurs fois des paresthésies prenant l'aspect d'un prurit très pénible, sans aucune lésion objective. Nous avons observé ce symptôme dans plusieurs cas. Tantôt, il s'agissait de sensation de cuisson obligeant le malade à se gratter, tantôt de chatouillement, tantôt de démangeaison proprement dite ; dans l'un de nos cas, le prurit était apparu au cours d'une poussée évolutive subaiguë, donnant lieu à des troubles sensitifs objectifs remontant jusqu'à D^6, et était localisé dans la partie supérieure du thorax semblant se comporter comme un phénomène d'hyperesthésie subjective sus-lésion-

nelle. Il consistait en une sensation de chatouillement obligeant impérieusement le malade à se gratter. La sensation ne durait guère plus de quelques minutes et apparaissait à heure fixe, généralement au début de la nuit. Ultérieurement, le prurit s'était étendu à la nuque et au cuir chevelu et persista plusieurs mois.

II. Groupement des divers troubles sensitifs subjectifs

Les diverses variétés de troubles sensitifs subjectifs que nous venons de décrire sont donc assez polymorphes. Un fait très important, c'est qu'il est d'usage de les voir s'associer pour former des complexes sensitifs subjectifs qui sont souvent très caractéristiques par leur groupement. C'est ainsi que les paresthésies des extrémités (fourmillements, engourdissement) peuvent s'associer à l'une des paresthésies du tronc étudiées (par exemple, la sensation de plaque dure du flanc, si souvent rencontrée), à des paresthésies du type électrique, à des douleurs constrictives. D'autres fois, c'est un autre complexus qui sera réalisé (paresthésies, dysesthésies profondes, dysesthésies thermiques par exemple). On conçoit que, suivant les variétés de ces groupements, seront réalisés des tableaux sensitifs subjectifs divers, mais qui ont toujours « un air de famille », leur conférant une réelle valeur séméiologique.

Les troubles sensitifs subjectifs s'associent de même, soit à des troubles sensitifs objectifs, comme nous le verrons plus loin, soit surtout à des troubles moteurs. Mais, lors des premières poussées de l'affection, il n'est pas rare de voir les troubles sensitifs subjectifs dominer dans le tableau clinique, et même parfois réaliser des formes sensitives pures de début. On conçoit donc tout l'intérêt d'orientation diagnostique de ces troubles, comme nous le développerons ultérieurement.

III. Evolution des troubles sensitifs subjectifs

Les troubles sensitifs subjectifs, dont nous venons de donner la description, constituent des symptômes appartenant surtout aux poussées initiales de la sclérose en plaques. En effet, dans nombre de cas, les plus fréquents, les paresthésies occupent une place prépondérante dans le tableau clinique des premières manifestations de l'affection et ceci d'autant plus, qu'à ce moment, les symptômes objectifs peuvent être minimes et même parfois les signes organiques faire défaut.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi et dans certains cas, plus rares d'ailleurs, le tableau sensitif subjectif, au lieu d'être surtout une manifestation initiale, va se complétant et s'aggravant au cours de l'affection, les douleurs prenant d'ailleurs souvent une importance prépondérante dans ces cas, justifiant l'expression de Müller : *sclerosis multiplex dolorosa.*

En somme, il existe deux variétés de modes évolutifs des troubles sensitifs subjectifs :

A. Le plus souvent, les paresthésies constituent *un des signes initiaux de l'affection,* apparaissant et disparaissant au cours des poussées successives et cela pendant plusieurs mois ou plusieurs années ; puis elles deviennent permanentes en même temps que les troubles moteurs s'installent de façon durable ou progressive ; ou bien disparaissent plus ou moins complètement à la phase qu'on peut appeler la phase d'état de l'affection. De toute façon, symptôme important au début de l'évolution, en reproduisant les variations, disparaissant et apparaissant avec les poussées, elles ne sont plus qu'un symptôme secondaire à une période avancée, ou encore elles disparaissent complètement.

B. Beaucoup plus rarement, les paresthésies et les douleurs, soit d'emblée, soit progressivement, vont revêtir une importance aussi grande que celle des troubles moteurs et même au cours de l'évolution, l'intensité de ces troubles ira en croissant, réalisant des formes fort pénibles, véritables formes sensitives de l'affection.

Ceci dit sur les caractères généraux évolutifs des troubles sensitifs subjectifs, il nous faut cependant encore insister sur ce fait que l'évolution paroxystique des paresthésies est un des faits les plus caractéristiques du tableau initial de la sclérose en plaques, du point de vue sensitif. On écrit souvent que les paresthésies y sont fugaces, variables. Il nous paraît plus juste de dire qu'elles procèdent par crises, apparaissant un beau jour, en même temps généralement que les troubles moteurs subjectifs : fatigabilité, maladresse, lourdeur des membres. Elles vont persister un temps variable, de quelques semaines à plusieurs mois, disparaîtront pendant toute la période d'atténuation ou même de disparition du cortège symptomatique, pour reparaître avec une nouvelle poussée, qui d'ailleurs sera souvent plus intense ou tout au moins laissera des séquelles plus importantes.

C'est cette évolution calquée sur les poussées qui nous

paraît l'aspect le plus caractéristique. D'ailleurs, à côté de ces cas très typiques, il en est d'autres où dans l'intervalle des périodes paroxystiques, les paresthésies reparaissent plus ou moins atténuées, plus ou moins subcontinues.

On comprendra combien peut être délicat le diagnostic dans certaines formes où plusieurs poussées de paresthésies constituent presque toute l'histoire de l'affection. Il n'est pas rare qu'il en soit ainsi pendant les premiers mois de la maladie. Nous reviendrons plus loin sur l'intérêt diagnostique des troubles sensitifs subjectifs de ce type survenant chez des sujets jeunes avec des manifestations motrices discrètes. Nous avons observé des cas où pendant plusieurs années les phénomènes sensitifs subjectifs ont été pratiquement les seuls éléments symptomatiques, associés à quelques troubles fonctionnels moteurs. Dans les cas tout à fait exceptionnels où l'affection subit alors un temps d'arrêt prolongé, on peut être amené à se demander si le diagnostic de sclérose en plaques, porté auparavant, était bien légitime ; et pourtant, dans un de nos cas, il existait un liquide céphalo-rachidien caractéristique (légère réaction méningée, Wassermann négatif, benjoin colloïdal subpositif) et dans les deux autres, quelle autre affection du névraxe aurait pu donner lieu à quatre ou cinq poussées avec troubles sensitifs subjectifs et troubles moteurs passagers ?

Aussi, le caractère des paresthésies, leur association en groupement souvent très caractéristique, leur mode évolutif, nous semblent, quant à nous, d'une importance considérable dans l'orientation précoce du diagnostic de sclérose en plaques.

***

2. LES TROUBLES SENSITIFS OBJECTIFS

Les troubles sensitifs objectifs sont moins importants et surtout moins constants que les troubles subjectifs. Et ceci est surtout vrai si l'on tient compte de troubles sensitifs grossiers. Une exception cependant doit être faite d'emblée pour l'astéréognosie, qui constitue un trouble très particulier par sa précocité d'apparition, sa localisation souvent unilatérale, son allure évolutive (apparition et disparition avec d'autres symptômes d'une poussée évolutive), aspect qui lui confère on peut dire une individualité et, par le fait même, une valeur

séméiologique considérable dans la nosographie sensitive. Les autres troubles sensitifs objectifs ont certainement une importance beaucoup moindre. On les note cependant avec plus de fréquence que ne le disent les classiques, si l'on ne se contente pas d'examens superficiels. Ils sont d'ailleurs essentiellement variables. Ils existent surtout au cours des poussées sérieuses, où ils peuvent parfois constituer l'un des symptômes majeurs, dans des cas qui représentent de véritables épisodes myélitiques, souvent terminaux.

I. Description

a) Troubles de la sensibilité superficielle. — Ils peuvent revêtir quatre aspects principaux :

Hypoesthésie tactile, les autres sensibilités restant intactes;
Hypoesthésie dissociée à prédominance thermique ;
Hypoesthésie globale ;
Anesthésie totale, massive.

L'aspect le plus fréquent est sans doute *l'hypoesthésie tactile ;* sa distribution est d'ailleurs très variable ; tantôt elle porte sur un seul membre, membre inférieur ou membre supérieur, tantôt elle porte sur les deux membres inférieurs, tantôt enfin elle peut affecter une topographie radiculaire et l'on peut observer une hypoesthésie diffuse des membres inférieurs et du tronc, dont fréquemment le niveau supérieur, d'ordinaire assez imprécis, ne dépasse guère la moelle dorsale supérieure, cette limite étant fréquemment entre D_0 et D_4 Peretz note que très souvent l'hypoesthésie est localisée ou prédomine à la face externe de la cuisse, ce qui ne nous a pas paru particulièrement fréquent. Enfin, on peut observer un syndrome de Brown-Séquard, comme l'a signalé Bruns, avec d'ailleurs des troubles sensitifs souvent dissociés.

L'hypoesthésie dissociée, moins fréquente sans doute, n'est cependant pas exceptionnelle. Il ne s'agit pas toujours d'une vraie dissociation à type syringomyélique, mais le plus souvent d'une *hypoesthésie thermique ;* le tact et la piqûre sont perçus à peu près normalement ; la perception thermique est au contraire profondément troublée ; tantôt, c'est le chaud qui n'est pas perçu, tantôt, plus rarement, c'est le froid qui n'est pas ressenti. Ces aspects de dissociation des troubles sensitifs, portant sur les sensations thermiques, rappellent ceux que l'on peut observer dans les compressions médullaires ou dans certains syndromes mésocéphaliques.

A côté des hypoesthésies tactile, dissociée ou globale, il faut mentionner la fréquence de *dysesthésies objectives:* le contact par exemple, est perçu normalement à un examen superficiel; en réalité, il y a une perversion de la perception ; c'est ainsi que le frôlement avec du coton est catalogué attouchement par un métal ; que le tact est catalogué piqûre, que le froid est catalogué brûlure.

Au fond, tantôt on est en présence d'une absence de perception des sensations fines ou de sensations brèves, tantôt il ne s'agit que d'un simple retard de la perception ; plus rarement, il s'agit d'une anesthésie véritable ; en somme, on peut parler surtout d'une obtusion, d'une moindre finesse de la sensibilité.

Un caractère capital de ces hypoesthésies, qu'il s'agisse d'hypoesthésie tactile, d'hypoesthésie thermique ou d'hypoesthésie globale, c'est enfin *l'inconstance* et *la variabilité* des troubles d'un examen à l'autre. Comme nous y reviendrons plus loin, ces troubles sont essentiellement évolutifs, procédant par poussées.

Tout différents sont les aspects des troubles sensitifs que l'on peut observer au cours de certaines *poussées sérieuses.* Il s'agit dans ces cas d'*anesthésie,* généralement globale, parfois dissociée à prédominance tactile ou thermique, qui apparaissent brusquement en quelques jours chez un malade, où un examen antérieur récent n'avait permis de noter que des troubles discrets. Ils revêtent, en plus ou moins estompé, l'aspect et la topographie des troubles sensitifs d'une myélite transverse, comme l'avaient déjà noté Vulpian, Babinski. Même massifs, comme nous le verrons plus loin, ces troubles sont susceptibles de régression plus ou moins complète, permettant dans une certaine mesure de juger de l'importance des nouvelles lésions, qui se sont constituées au cours de la poussée.

Il est un dernier aspect de troubles sensitifs objectifs : c'est celui qui accompagne ces *poussées évolutives graves,* qui marquent parfois la terminaison de la sclérose en plaques, aspects qu'avait déjà noté Babinski et sur lesquels ont insisté récemment Claude et Alajouanine, Guillain et Marquézy, Jumentié, etc. Il s'agit de troubles sensitifs globaux et massifs, comme dans une section physiologique de la moelle ; ils peuvent même être *ascendants,* comme dans le cas de Claude et Alajouanine. Ils ne sont pas régressifs et correspondent à une véritable poussée myélitique terminale.

La *fréquence* absolue de ces divers troubles de la sensibilité superficielle est malaisée à apprécier. Si on examine une série de sclérose en plaques, on peut être frappé par le petit nombre de cas présentant des troubles sensitifs objectifs. Il n'en est plus de même, d'après notre expérience, si on a porté son investigation sur une série de malades ayant été suivis pendant plusieurs années : là au contraire on s'aperçoit qu'il n'y a pratiquement pas de cas où ne se soient montrés, à un moment donné de l'évolution, généralement au cours d'une poussée, des troubles sensitifs notables. C'est donc dans le temps et en fonction de l'évolution que l'on peut parler, contrairement à l'opinion classique, de la fréquence des troubles sensitifs de la sclérose en plaques. Certains travaux récents insistent également sur la fréquence des troubles sensitifs objectifs : la statistique de Keschner et Malamud révèle des troubles sensitifs dans 79,54 0/0 des cas, et dans 52,26 0/0 des cas, des troubles objectifs. Il est curieux de noter d'ailleurs que dans l'observation de sclérose en plaques de l'atlas de Cruveilhier (1835), l'existence de plages où la sensibilité est diminuée est déjà parfaitement décrite.

b) Troubles de la sensibilité profonde. — Les troubles de la sensibilité profonde sont peut-être plus fréquents que ceux de la sensibilité superficielle. Ils sont en tout cas beaucoup plus caractéristiques et d'une valeur séméiologique beaucoup plus grande. C'est l'astéréognosie qui est le trouble le plus spécial et aussi le plus fréquent, si l'on ne tient compte que des manifestations grossières. Les perturbations des notions de position, la perturbation de la sensibilité osseuse restent souvent plus discrètes, mais sont fréquentes.

L'astéréognosie s'observe surtout au début de la sclérose en plaques et généralement dans les conditions suivantes : un jeune sujet, qui peut n'avoir eu aucun trouble antérieur ou au contraire avoir déjà présenté, soit un épisode de névrite rétro-bulbaire, soit une poussée caractérisée par des fourmillements, un peu de gêne de la marche, voit apparaître en quelques jours au niveau d'un membre supérieur des paresthésies, de la gêne motrice, de la maladresse ; de lui-même souvent il a remarqué qu'il ne pouvait reconnaître un objet sans le secours de la vue. On se trouve à l'examen devant un véritable épisode monoplégique brachial avec astéréognosie, caractérisé par des fourmillements, de l'engourdissement du membre, d'autres fois des sensations électriques, par de la diminution de la force portant surtout sur les raccourcisseurs,

par une exagération des réflexes tendineux, par de l'hypotonie, enfin de l'astéréognosie et une maladresse consécutive où peut cependant entrer pour une part un élément de dyskinésie cérébelleuse.

Dans ces cas, l'astéréognosie est le phénomène le plus grossier ; il s'agit d'une astéréognosie globale, intense. Le sujet ne peut pas plus reconnaître un objet usuel qu'un objet d'identification difficile, et, fait important, l'astéréognosie constitue fréquemment le seul trouble sensitif objectif. Les sensibilités superficielles ne sont pas touchées, ou en tout cas il ne s'agit que d'un léger retard de la perception ou d'une hypoesthésie discrète. Le sens des attitudes est peu perturbé et même souvent absolument intact. Cet épisode astéréognosique, pas plus que les autres troubles objectifs de la sclérose en plaques, n'est un trouble fixe. Plus ou moins rapidement, l'astéréognosie perd de son intensité et de sa globalité, les objets usuels sont reconnus, l'identification d'objets plus délicats reste impossible et le trouble finit par disparaître en quelques semaines, plus rarement en quelques mois. D'abord unilatérale, elle peut parfois atteindre les deux membres supérieurs ; après avoir constitué un épisode initial, elle peut réapparaître ultérieurement au cours d'une nouvelle poussée, mais, fait très particulier, ultérieurement chez des scléroses en plaques avérées, qui ont eu jadis des épisodes d'astéréognosie, on ne retrouvera plus aucun trouble de la perception du relief et de l'identification des objets.

Nous ne discuterons pas ici la question de savoir si la maladresse qu'on observe au cours de ces poussées astéréognosiques peut être due uniquement aux troubles de la sensibilité profonde, autrement dit s'il s'agit d'ataxie ou si, au contraire, il n'y a pas avant tout un élément de dyskinésie cérébelleuse indépendante. La question est difficile à trancher, car, croyons-nous, les deux éléments sont plus d'une fois associés. Un fait en tout cas est certain, c'est que la maladresse chez ces malades au cours des gestes intentionnels n'est pas notablement accrue, les yeux étant fermés.

Il faut enfin insister sur la relative fréquence de ces épisodes d'astéréognosie dans le début de la sclérose en plaques. Toute une série d'auteurs l'ont signalée (Freund, Müller, Cassirer, Claude et Egger, Catola, Noica, Oppenheim, Finkelburg, qui a isolé la forme monobrachiale, que nous prenions comme exemple tout à l'heure). Pour nous, elle a une valeur diagnostique considérable comme nous y reviendrons plus

loin et, sur ce symptôme, nous avons porté plusieurs fois le diagnostic de sclérose en plaques, alors qu'il n'y avait guère d'autres troubles notables, diagnostic que l'évolution a confirmé ultérieurement.

Les troubles de la sensibilité profonde peuvent encore porter sur la *notion de position* et sur la *sensibilité vibratoire.* La notion de position est assez fréquemment perturbée dans la sclérose en plaques et ceci souvent de pair avec les troubles astéréognosiques, bien qu'en général il s'agisse d'un trouble moins grossier. Un de nos malades cependant déclarait que, sans se servir de la vue, il était incapable de savoir la position de son membre supérieur. La sensibilité vibratoire semble encore plus fréquemment touchée ; Claude et Egger, Birley et Dudgeon, Guillain, Marquézy ont insisté sur la fréquence avec laquelle la perception des vibrations au diapason est perturbée au niveau des membres inférieurs. Pour être moins caractéristiques que l'astéréognosie, qui, nous le répétons, nous semble très spéciale, ces troubles par leur fréquence ont également une valeur d'orientation diagnostique importante.

Birley et Dudgeon trouvent des modifications de la sensibilité profonde dans 65,7 0/0 de leurs cas de sclérose en plaques (35 cas). Cette proportion nous semble assez conforme à la réalité. Nous ne croyons pas, par contre, nous l'avons dit, comme ces auteurs, à la rareté des troubles de la sensibilité superficielle, qui, cependant, sont beaucoup moins caractéristiques qualitativement, mais non pas dans leur évolution qui est très particulière.

II. Evolution des troubles sensitifs objectifs

Les troubles sensitifs objectifs au cours de la sclérose en plaques subissent des modifications considérables au cours de l'évolution de l'affection, au même degré, ou presque, que les troubles subjectifs. Tel malade, à une phase de son évolution, présentera un trouble sensitif grossier, tel qu'une astéréognosie considérable, alors que plus tard, très notablement aggravé dans ses troubles moteurs, il n'aura pour ainsi dire pas de troubles sensitifs notables. Tel autre, qui à un examen minutieux n'a montré que des troubles sensitifs discrets se présentera quelques semaines après, au cours d'une poussée évolutive, avec des troubles sensitifs importants, dont le niveau supérieur relativement précis évoquera l'idée d'une lésion focale déterminée, et, quelques semaines plus tard, les

troubles auront sensiblement régressé ou même disparu avec l'amélioration des autres symptômes de la poussée évolutive. D'autres fois, enfin, on se trouvera devant une aggravation de l'affection où les troubles sensitifs tiennent une place considérable, on se trouve devant un tableau de myélite transverse, qui, au contraire des cas précédents, sera peu ou pas régressif, cette poussée étant généralement terminale. A côté de ces différents aspects, d'autres cas de sclérose en plaques même avancés ne révèleront pratiquement pas de troubles sensitifs ou seulement des troubles discrets à un examen minutieux.

L'évolution des troubles sensitifs objectifs est donc assez variable ; on pourrait, croyons-nous, si l'on voulait schématiser grossièrement les faits, donner la formule suivante : les troubles sensitifs objectifs se voient surtout au cours des poussées évolutives de l'affection. Au cours des premières poussées, il s'agit assez fréquemment d'astéréognosie unie ou bilatérale. Ultérieurement, les poussées s'accompagnent surtout d'hypoesthésie ou d'anesthésie globale, plus rarement dissociée à topographie supérieure dorsale moyenne ou inférieure ; parfois, la terminaison de l'affection se fera par une poussée évolutive grave avec troubles sensitifs massifs, l'ensemble revêtant l'aspect d'une myélite transverse. En dehors de ce dernier cas, les troubles objectifs comme les troubles sensitifs subjectifs sont essentiellement régressifs, disparaissant avec les phénomènes qui caractérisaient la poussée au cours de laquelle ils ont pris naissance. Dans la règle, à une période un peu avancée de l'évolution de la sclérose en plaques, les troubles sensitifs objectifs deviennent secondaires dans le tableau clinique et il ne s'agit plus que d'hypoesthésie pour les sensibilités superficielles et de diminution de la sensibilité vibratoire.

*
**

B. ETUDE DIAGNOSTIQUE

Nous envisagerons d'une part la valeur des troubles sensitifs dans le diagnostic de la sclérose en plaques, autrement dit la valeur séméiologique des divers troubles sensitifs, que nous venons d'exposer ; et d'autre part, nous signalerons les parentés des troubles sensitifs envisagés avec ceux d'autres affections du névraxe, d'où les erreurs de diagnostic que leur constatation pourrait entraîner.

I. Les troubles sensitifs subjectifs

Si les troubles subjectifs constituent un des troubles les plus caractéristiques du début de la sclérose en plaques, on ne saurait trop dire cependant qu'aucune de ces paresthésies, envisagées isolément, n'est absolument caractéristique. A elles seules, elles ne sauraient permettre le diagnostic de sclérose en plaques.

Les paresthésies de la sclérose en plaques ne se différencient pas absolument, en effet, des paresthésies que l'on peut observer au cours des affections du neurone périphérique, plus particulièrement au cours des névrites périphériques, surtout en ce qui concerne les fourmillements, les sensations d'engourdissement : certaines polynévrites sont particulièrement riches en symptômes de cet ordre ; leur prédominance aux extrémités, leur diffusion fréquente aux quatre membres, enfin le caractère des troubles moteurs concomitants rend cependant la différenciation assez aisée. Les phénomènes douloureux de la sclérose en plaques s'apparentent à ceux qu'on observe dans nombre de myélites, où il est fréquent de noter des douleurs constrictives, des myalgies. A vrai dire, elles y sont généralement moins variables, de topographie plus précise que dans la sclérose en plaques. Les dysesthésies thermiques s'apparentent aux sensations particulières que l'on observe soit dans les lésions de la couche optique, soit dans certaines lésions mésocéphaliques. Bien entendu, les caractères associés permettent presque toujours la différenciation.

Les paresthésies électriques elles-mêmes ne sont pas caractéristiques de la sclérose disséminée. Récemment nous observions chez un de nos malades un tableau clinique uniquement caractérisé par des paresthésies : fourmillements, engourdissements, et surtout des paresthésies électriques : sensations de contact électrique au bout des doigts dans le toucher, sensations de décharge électrique lors de la mobilisation de la nuque ; en dehors d'une certaine hypotonie, il n'existait aucun signe objectif. L'évolution démentait notre impression de sclérose en plaques en révélant, au bout de deux ou trois mois seulement, qu'il s'agissait d'une dégénération subaiguë de la moelle, due à une anémie pernicieuse, qui ne s'avéra que longtemps après les signes neurologiques.

Quant aux dysesthésies profondes : sensation de marcher sur du coton, sensation de corps interposé entre la peau et les

vêtements, si la première n'est pas exceptionnelle dans certaines polynévrites et surtout chez les tabétiques, la seconde est certainement plus rarement rencontrée en dehors de la sclérose en plaques. De même le prurit n'a pas été observé par nous dans d'autres affections du névraxe.

Nous ne croyons pas cependant qu'aucun des troubles subjectifs de la sclérose en plaques, même pas les paresthésies du type électrique, soit pathognomonique ; mais ce qui est souvent très spécial, c'est leur groupement, c'est leur association dans un véritable complexe sensitif subjectif, qui va attirer l'attention et permet d'accorder de la valeur à quelques autres signes concomitants, même discrets, réalisant un tableau que l'on peut considérer déjà comme caractéristique.

C'est ainsi qu'un sujet accusant des paresthésies des extrémités : fourmillements, engourdissements localisés à une moitié du corps, une paresthésie spéciale du tronc du même côté, consistant en une sensation de plaque raide, immobilisant le flanc et le tronc ; des paresthésies de type électrique : sensation de contact électrique en appuyant les doigts sur un objet ou sensation de décharge dans la nuque, attire par cet ensemble l'attention vers la possibilité d'une sclérose en plaques. La constatation d'une astéréognosie au niveau d'un membre supérieur, du côté paresthésique, avec à ce niveau des réflexes exagérés, de l'hypotonie, une légère diminution de force du même côté, peut permettre d'affirmer le diagnostic de sclérose disséminée, que confirmera l'évolution, d'abord par la rétrocession de tous ces symptômes, puis par leur réapparition ultérieure.

Dans un autre exemple, un sujet accuse des paresthésies des extrémités supérieures, des douleurs constrictives du flanc, une sensation de liquide coulant dans le dos, une sensation de raideur et de froid, de peau mouillée, une impression d'avoir comme un objet interposé entre la main qui palpe et le corps touché, et l'examen montre une légère diminution de force aux membres inférieurs avec réflexes exagérés, abolition des réflexes cutanés abdominaux, légers troubles sphinctériens ; le diagnostic de sclérose en plaques, là encore, peut être considéré comme certain.

On pourrait multiplier les exemples de cet ordre où les signes fonctionnels majeurs des premières poussées de l'affection sont constitués par des paresthésies qui, associées dans leurs aspects divers, donnent un tableau assez particulier, que quelques signes objectifs permettent déjà de rapporter à une

altération médullaire évolutive. En somme, dans l'ensemble, les troubles subjectifs d'une part par le groupement des diverses modalités qu'ils peuvent revêtir, d'autre part par leur association à de petits signes d'altération médullaire permettent de soupçonner de façon précoce le début de l'évolution d'une sclérose en plaques.

Il suffit de souligner, aucun de ces signes par lui-même n'ayant de signification étiologique, combien il est important dans ces cas d'adjoindre à l'examen clinique les renseignements tirés de l'étude du liquide céphalo-rachidien, en particulier les données précieuses fournies par les réactions colloïdales (réaction du benjoin colloïdal ou réaction à l'or colloïdal) si fréquemment positives dans la sclérose en plaques, alors que la réaction de Wassermann reste négative.

II. Les troubles sensitifs objectifs

Les troubles objectifs, eux non plus dans leur ensemble, ne présentent pas de caractère pathognomonique dans la sclérose en plaques. Là cependant, nous serions tentés de créer une exception à cette loi générale, qui veut qu'un symptôme ne puisse avoir de signification étiologique, rencontré au cours de lésions de topographie variable et non systématisée. Cette exception nous la ferions pour l'astéréognosie. Elle nous semble, en effet, revêtir un aspect extrêmement spécial dans l'évolution de la sclérose en plaques.

C'est donc là un trouble très particulier aux premières poussées de la sclérose disséminée. Ses caractères, son évolution lui confèrent, à notre sens, une très grande valeur séméiologique.

Nous avons observé par exemple une malade qui, six mois après une névrite optique ayant guéri rapidement, après trépanation d'un sinus opaque qui contenait un bourbillon de pus, présenta une sensation de parésie dans un membre supérieur, des fourmillements, de l'engourdissement avec légère douleur et maladresse ; il existait une astéréognosie complète, des réflexes vifs ; tous ces phénomènes disparurent au bout d'un ou de deux mois, nous laissant le plus grand doute sur la nature de la névrite optique ayant précédé cet épisode astéréognosique. Deux ans après, l'apparition d'une névrite rétrobulbaire au niveau de l'œil du côté opposé et cette fois sans sinusite explicative, venait révéler la véritable nature de l'affection, cause de cette névrite optique à répétition et de

cet épisode d'astéréognosie. Cet exemple montre la valeur diagnostique avec son évolution spéciale de ce symptôme, que nous considérons comme le seule signe pathognomonique de la sclérose en plaques, du point de vue des troubles sensitifs.

Les autres troubles sensitifs objectifs ne présentent pas en eux-mêmes, en effet, de valeur séméiologique ; nous avons insisté au contraire sur leur variabilité, leur absence de systématisation, mais par contre un de leurs caractères est assez spécial : c'est un caractère évolutif. En effet, voir apparaître des troubles sensitifs notables et même importants de façon rapide, puis les voir disparaître de même, et ceci parallèlement au cortège symptomatique qui a caractérisé la poussée évolutive, est un fait très particulier, que l'on ne rencontre guère que dans la sclérose en plaques ; la régression rapide d'une efflorescence de troubles sensitifs objectifs paraît donc assez particulière à la sclérose disséminée.

III. Le diagnostic differentiel

Si nous passons en revue maintenant les principaux cas où les troubles sensitifs peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic à propos de la sclérose en plaques, nous voyons qu'il ne s'agit au fond que des cas relativement exceptionnels.

A. — *Les affections du neurone périphérique* sont en effet de diagnostic facile ; on peut penser à une polynévrite devant un malade présentant des paresthésies, de la gêne des membres inférieurs, avec sensations anormales dysesthésiques dans la marche, devant la constatation d'une diminution de force musculaire avec hypotonie ou même flaccidité, car c'est souvent le cas au début de l'affection, mais si les réflexes peuvent être parfois diminués, ils ne sont jamais abolis dans leur ensemble dans la sclérose en plaques ; un examen plus minutieux montre que ces troubles moteurs d'apparence flaccide sont en réalité de type central et qu'enfin il n'y a ni atrophie musculaire ni perturbations électriques. Par contre, le diagnostic pourrait être difficile dans certaines formes de névraxites basses (Beriel).

B. — *Les affections médullaires* qui peuvent présenter une difficulté diagnostique sont surtout : les compressions de la moelle, la syphilis médullaire, la dégénération combinée subaiguë.

Le diagnostic de *compression médullaire* peut se poser dans deux cas, à l'occasion de troubles sensitifs : 1) dans le pre-

mier cas, à la période initiale à cause des phénomènes douloureux, que l'on observe dans certaines scléroses en plaques, revêtant le type d'algies pseudoradiculaires qui, joints à un début de paraplégie spasmodique, peuvent très logiquement faire suspecter une compression de la moelle. Nous avons vu deux cas de cet ordre, où dans l'un une algie intercostale rebelle, dans l'autre une algie cervicale avec irradiation causalgique dans le territoire d'un membre supérieur nécessita l'examen du liquide céphalo-rachidien pour éliminer le diagnostic de compression de la moelle. Ce diagnostic en effet, est toujours facile à trancher soit par l'examen du liquide céphalo-rachidien, soit par l'évolution ; 2) Dans le deuxième cas, dans certaines scléroses en plaques déjà avancées, une paraplégie hyperspasmodique jointe à des troubles sensitifs importants par l'intensité de la contracture, par l'exagération de l'automatisme médullaire, parfois même par une attitude en flexion vient suggérer l'idée d'une compression. Ce sont de ces cas que nous avons appelé la forme pseudo-tumorale de la sclérose en plaques (Alajouanine et Girot). L'étude de l'anamnèse et de l'évolution et là encore l'étude du liquide céphalo-rachidien en révélant l'absence de la formule biologique de la compression rendent le diagnostic assez facile.

Cependant certains auteurs insistent sur les difficultés, que peuvent poser certains cas. Flatau donne trois critères différentiels : le premier est tiré de l'évolution plus discontinue de la sclérose en plaques, s'opposant à la progressivité de l'évolution des tumeurs ; le second concerne le caractère des douleurs dans la sclérose en plaques, qui sont moins intenses que dans les compressions, et, à l'analyse, plus proche des paresthésies que des douleurs véritables. Enfin pour lui, les troubles sensitifs objectifs ne sont jamais globaux comme dans les tumeurs, mais plutôt à type d'hypoesthésie. Keschner et Malamud s'élèvent à propos de quatre observations de sclérose en plaques, qui ont donné lieu à une laminectomie exploratrice, contre ce dernier critère, leurs cas comportant en effet des troubles sensitifs importants.

Certains aspects de *syphilis médullaire* peuvent également créer des difficultés diagnostiques. En réalité, l'importanee des paresthésies, l'existence des troubles sensitifs objectifs à évolution particulière, n'appartiennent guère à la syphilis du névraxe. Si parfois seul un examen humoral permet d'éviter une erreur de diagnostic, il ne s'agit que de cas exceptionnels.

La dégénération combinée subaiguë anémique peut, dans

certains cas, dont nous rapportions plus haut un exemple, donner lieu, au début, à un tableau clinique faisant penser à une manifestation initiale de la sclérose en plaques de par l'importance des paresthésies qui peuvent être un des symptômes initiaux. Birley et Dudgeon ont souligné, eux aussi, la grande parenté des paresthésies de la sclérose en plaques et de la dégénération combinée subaiguë. Avant l'apparition de l'anémie, dans les cas où elle n'est pas immédiate, c'est le type évolutif, qui constituera un des éléments importants du diagnostic, ce syndrome étant généralement d'une évolution très progressive, sans variations, sans poussées, jusqu'au jour où apparaîtront les signes caractéristiques traduisant l'atteinte des fibres longues.

C. — *Certaines affections encéphaliques* enfin peuvent, au début de leur évolution, présenter des troubles sensitifs, qui évoqueront l'idée d'une sclérose en plaques. Ce sont avant tout les *tumeurs cérébrales* et d'autre part certaines névraxites. C'est ainsi que la forme céphalalgique de la sclérose en plaques avec sa céphalée rebelle peut poser le problème d'un syndrome d'hypertension intracranienne, que l'apparition d'un trouble cérébelleux pourra faire attribuer à une atteinte de la fosse cérébrale postérieure, qu'une névrite rétro-bulbaire pourra laisser présumer être due à une atteinte de la région chiasmatique ; même, comme dans un de nos cas, des paresthésies à type de décharge électrique survenues au cours d'une céphalée intense en même temps qu'une hémianopsie avaient fait penser à de l'épilepsie sensitive due au développement d'une néoplasie pariétale. Un certain nombre de scléroses en plaques peuvent donc, au début, à cause de la céphalée, à cause de l'apparition progressive de certains symptômes, faire penser à une tumeur cérébrale, diagnostic parfois délicat, mais que l'étude du liquide céphalo-rachidien et surtout l'évolution régressive de certains symptômes permettront de trancher.

La *névraxite épidémique* n'est pas toujours sans analogie avec la sclérose en plaques à sa phase initiale. Nous avons insisté (Guillain et Alajouanine) sur ces poussées initiales où la somnolence, la diplopie, l'asthénie pouvaient faire penser à une encéphalite épidémique. D'autre part, certaines scléroses en plaques, à évolution rapide, forme aiguë de la sclérose en plaques, dont nous rapportions un cas anatomo-clinique récemment (Guillain et Alajouanine) peuvent, par la prédominance des signes mésocéphaliques, faire penser à la

névraxite épidémique. On sait d'ailleurs, que Beriel attribue à certaines scléroses en plaques une étiologie encéphalitique, ce qui, pour nous, n'est nullement démontré et même peu probable. Dans ces différents cas, les troubles sensitifs ne sauraient être cause d'erreur, au contraire ; constater dans ces épisodes « de type encéphalitique » des paresthésies, des troubles sensitifs objectifs même discrets, nous semble un élément important en faveur du diagnostic précoce de sclérose en plaques.

En dernier lieu, il faut signaler le diagnostic avec des *accidents pithiatiques,* qui peut être soulevé devant certains épisodes initiaux de la sclérose en plaques. Il est probable que jadis beaucoup de ces phénomènes frustes du début de l'affection, souvent surtout subjectifs, ont été rapportés à l'hystérie, devant l'absence de signes objectifs notables, devant la disparition rapide de ces symptômes, et cette erreur peut être encore commise actuellement, si l'on ne tient pas compte des signes organiques discrets, mais certains, si l'on n'a pas l'attention attirée sur le caractère si particulier des troubles sensitifs subjectifs. Ces manifestations pour un clinicien averti, sont très différentes des manifestations névropathiques, plus grossières, plus globales, survenant presque toujours dans des circonstances particulières, et enfin immédiatement curables par la suggestion, comme l'a définitivement établi Babinski.

⁂

En somme, fréquence considérable des *troubles sensitifs subjectifs,* groupés au début de l'affection en complexus souvent très caractéristiques et évoluant par poussées ;

Existence non exceptionnelle de *troubles sensitifs objectifs,* surtout de troubles de la sensibilité profonde, parfois très spéciaux (astéréognosie transitoire) et évolution par poussées de ces troubles objectifs ;

Telle nous paraît être la formule schématique exprimant les principaux caractères cliniques des troubles sensitifs de la sclérose en plaques.

Dans l'ensemble, il est rare que les troubles sensitifs soient l'occasion d'erreurs de diagnostic dans cette affection ; l'étude de leur modalité et surtout de leur évolution nous semble, au contraire, un appoint important en faveur du diagnostic précoce de la sclérose multiloculaire.

LES TROUBLES SENSITIFS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

ÉTUDE HISTORIQUE, GÉNÉRALE, PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

RAPPORT DE

M. le Dr B. RODRIGUEZ-ARIAS

Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Barcelone
Médecin du Service psychiatrique municipal de Barcelone
Médecin consultant de l'Asile d'Aliénés de Nueva-Belen

LES TROUBLES SENSITIFS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

ÉTUDE HISTORIQUE, GÉNÉRALE, PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Depuis l'époque de Charcot, on décrit une triade symptomatique, pathognomonique, de la sclérose en plaques, composée par le tremblement intentionnel, la parole scandée et le nystagmus. En réalité, ce syndrome classique peut se constater quelquefois en neurologie et alors il n'y a pas de doute sur le diagnostic de la maladie.

Mais la proportion des cas anciens attribuables à la forme classique (car il faut aussi attirer l'attention sur la fréquence, dans la période évolutive finale, des types de paraplégie spastique plus ou moins pure) ne dépasse pas indiscutablement le 10 ou 20 pour cent de l'ensemble des observations publiées. C'est à cause de cela, que si nous avions besoin d'attendre, pour être sûrs du diagnostic de sclérose en plaques, l'apparition complète du tableau clinique fondamental, nous manquerions de connaître un pourcentage très haut de polysclérotiques et en plus nous ne pourrions pas avoir l'espoir de définir précocement les troubles de l'affection, pour améliorer ainsi le pronostic grave de ce nouveau fléau du système nerveux et expérimenter comme il faut les modernes et plus attrayants moyens thérapeutiques anti-infectieux.

Quoique le critérium diagnostique en matière de sclérose multiple ait évolué beaucoup dernièrement, jusqu'au point qu'une association quelconque de signes pyramidaux et cérébelleux ait induit à y penser immédiatement, il est certain que très souvent nous ne découvrons pas à temps une forme monosymptomatique ou oligosymptomatique, notamment si les troubles sont sensitifs et d'aspect dysesthésique, tombant alors dans une erreur diagnostique et perdant l'occasion d'une guérison ou d'une amélioration.

N'oublions pas que la neurosyphilis (tabès et paralysie générale, en particulier) et l'encéphalite épidémique, maladies du système nerveux comparables à la sclérose multiple au point de vue de la fréquence et du caractère protéiforme de leurs manifestations, ont passé par la même phase d'incertitude diagnostique, alors qu'on ne donnait de valeur qu'à l'ataxie, à la démence avancée avec dysarthrie, au complexe oculo-léthargique habituel, à la grande agitation avec algies et mouvements involontaires, etc. Quand les tableaux oligo- et monosymptomatiques s'individualisaient facilement grâce à l'interprétation qu'il faut donner aux troubles initiaux, pour rares qu'ils soient, et aux données humorales constatées, le nombre des malades guérissables atteints de parasyphilis et d'encéphalite léthargique augmentait considérablement au détriment des vieux cas complexes et de leurs séquelles. Et de la même façon que les connaissances cliniques du début d'une neurosyphilis ou d'une encéphalite épidémique doivent également intéresser les neurologistes et les internistes pour éviter que soit opérée une algie radiculaire tabétique ou encéphalitique, ou prendre pour neurasthéniques de véritables malades organiques graves, l'étude de la symptomatologie latente d'une sclérose multiple doit être à tout moment chose habituelle pour les neurologistes, internistes, chirurgiens, ophtalmologistes et otologistes.

Parmi les manifestations les plus fréquentes et peut-être les plus significatives de la sclérose multiple, peuvent figurer les troubles sensitifs, paresthésies diverses, douleurs et signes objectifs profonds.

Malgré la ressemblance dans la variabilité des symptômes, la sclérose multiple dépasse en difficultés diagnostiques la neurosyphilis et l'encéphalite épidémique.

Tout d'abord, les signes humoraux ne sont pas si évidents qu'on pourrait le croire et en second lieu, s'il y avait des formes mono- ou oligosymptomatiques plus ou moins fixes, seraient aussi fréquentes d'autre part les formes initiales à contenu complexe avec des perturbations, variables et irrégulières et peu persistantes. Le caractère de multiplicité et d'irrégularité s'explique bien en considérant que les lésions n'ont pas, habituellement, une localisation unique ; celui de la variabilité par rapport à l'intensité ou à la rapidité d'apparition ou de disparition, ou à l'inconstance d'un jour à l'autre, c'est très probable qu'il reconnaisse pour cause l'intégrité du

cylindre-axe et des fibres nerveuses atteintes, ainsi qu'une perturbation fonctionnelle passagère.

Entre les débuts lents et brusques de la sclérose multiple, on peut constater avant tout ceux constitués par un syndrome cérébelleux ou pyramidal. Quelquefois c'est la fatigue et la faiblesse des jambes avec des phénomènes de claudication et d'hypertonie, avec des troubles sphinctériens ; peut-être aussi certaines dysesthésies et douleurs. Souvent c'est le vertige suivi de nausées et de vomissements, de perturbations oculaires et de parésies. Parfois un ictus apoplectiforme avec une hémiplégie fugace, des signes oculaires, labyrinthiques ou pyramidaux isolés et plus rarement des altérations importantes de l'équilibre et de la coordination ou de toute autre classe (bulbaires, sympathiques, mentales).

Les troubles sensitifs, suivant la majorité des auteurs, occupent une place très secondaire dans le tableau clinique, soit précoce, soit consolidé, mais plutôt au commencement de la sclérose multiple.

Cependant, leur fréquence et leur signification sont plus importantes que ce qu'on pourrait supposer « à priori » et que ce qu'en disent les anciens et les modernes travaux. Tout au moins, on publie de plus en plus des cas avec une symptomatologie sensitive très courante et d'une valeur presque exceptionnelle. C'est pour cela peut-être, que depuis un certain temps on parle avec insistance dans la casuistique, dans les mémoires et dans les livres publiés, de l'importance séméiologique qu'ont pour le diagnostic immédiat de la sclérose diffuse, les altérations subjectives et objectives, surtout ces dernières (astéréognosie, par exemple) de la sensibilité.

Les paresthésies et les douleurs, en général, peuvent nous exposer à des doutes continuels dans l'état actuel de nos connaissances sur la sclérose multiple, si elles ont une prépondérance syndromique, c'est-à-dire si elles ne sont pas accompagnées d'autres troubles plus caractéristiques (oculaires, réflexes, humoraux, etc.).

C'est sûrement pour contribuer à l'étude de la partie la plus difficile de la symptomatologie protéiforme et fugace de la polysclérose et favoriser en outre le diagnostic initial d'une maladie si courante et évolutive, en évitant les erreurs dûes à la croyance que la sphère sensitive est à peine altérée ou l'est secondairement, qu'on a choisi ce rapport.

Nous tâcherons d'accomplir le travail qui nous a été imposé, en traitant dans les chapitres successifs, avec la collaboration d'Alajouanine, des antécédents historiques, de la séméiologie (subjective et objective), du diagnostic différentiel avec les autres neuropathies de répercussion sensitive, de la valeur diagnostique générale et précoce des formes sensitives pures, de l'interprétation pathogénique des signes et de la thérapeutique moderne.

***

Etant donné l'extrême variabilité et la grande intermittence de la plupart des troubles propres de la sclérose multiple, nous ne devons pas nous étonner que pendant des années il ait été impossible de délimiter un cadre nosologique précis et de faire connaître les règles précises pour le diagnostic.

Le progrès en ce qui concerne la connaissance de la maladie de Charcot, ainsi que de plusieurs neuropathies difficiles à individualiser du point de vue clinique, est dû principalement au perfectionnement des techniques récentes de l'anatomie pathologique et à la moderne et systématique investigation analytique du liquide céphalo-rachidien et du sang.

Si nous partions des considérations suggérées dans les paragraphes antérieurs, il devrait nous sembler logique que jadis il était difficile et compliqué de définir étiologiquement les syndromes de la paraplégie, des mouvements involontaires, de l'incoordination, des troubles sensitifs subjectifs, par exemple; bien entendu, que cela pouvait être ou ne pas être l'expression d'une sclérose en plaques. Malgré le progrès de la Médecine, aujourd'hui le diagnostic causal des innombrables syndromes imputables régulièrement à une polysclérose, est toujours un problème de solution délicate. Et bien que très souvent les autopsies éclairent les hésitations cliniques sur la nature de la maladie et que l'expérience collective et personnelle des neurologistes s'enrichit constamment, promettant de meilleures époques, nous ne sommes pas toujours satisfaits de nos procédés d'investigation.

L'histoire nous apprend comment, depuis les premiers travaux de Charcot et de Vulpian, le problème nosologique de la sclérose multiple a été radicalement changé.

Avant l'année 1830, beaucoup de syndromes typiques de

cette maladie étaient qualifiés d'épilepsie, de chorée aiguë ou chronique, de paraplégie spasmodique, etc. Il régnait une confusion symptomatologique et causale des plus évidentes.

Quelques années plus tard (1838-45), Cruveilhier décrivait cliniquement et anatomiquement un cas qui est devenu classique. Il trouva dans la moelle épinière différentes plaques de sclérose. Carswell étudie bien un autre cas analogue. Sylvius de la Böe reconnaît que le tremblement intentionnel n'est pas le même que les autres types connus. Rokitansky et Rindfleisch publient des travaux importants.

A ce moment-là on discute avec enthousiasme la question de la sclérose cérébrale et médullaire. Frerichs et son élève Valentiner, définissent vaguement le syndrome basal de la maladie et donnent les premières règles pour établir le diagnostic différentiel, règles encore de grande valeur. Le même Cruveilhier parle des troubles sensitifs de la sclérose en plaques, ainsi que les auteurs plus modernes, mais toujours dans un sens inexact.

Jusqu'à 1862-70, époque des travaux de Vulpian, Ordenstein, Charcot et son école, on ne parvint pas à connaître réellement et pratiquement la symptomatologie de la sclérose en plaques et ses formes usuelles, pas plus que le caractère diffus des lésions.

A partir de cette époque, insensiblement, se développe le cadre clinique de la nommée sclérose multiple, polysclérose, sclérose en plaques, sclérose diffuse multiloculaire ou disséminée ou névraxite disséminée en plaques, augmente la richesse des formes et des types décrits, malgré qu'on ne fasse pas mention détaillée des signes sensitifs, et on signale les lésions essentielles et accessoires.

On peut appliquer à cette affection le noyau des enseignements révolutionnaires, aussi instructifs que sanglants, de la guerre et de l'encéphalite épidémique et ensuite nous arrivons à l'époque actuelle. Au cours de cette période-là, Erb, Oppenheim, Bourneville, Raymond, Pierre Marie, Babinski, Müller, Strümpell, Marburg, Spiller, Steiner, Birley et Dudgeon, contribuèrent efficacement à l'étude de la sclérose.

En ce qui concerne les altérations sensitives, qui sont celles qui nous intéressent le plus, actuellement, les antécédents historiques sont des plus précis.

Grasset affirme en 1894 que les troubles de la sensibilité sont rares et imprécis. Cependant C.-S. Freund en 1891 appelle

l'attention sur l'importance des paresthésies et des anesthésies. Oppenheim le soutient décidément, et commence alors l'ère de l'étude spéciale de la sensibilité dans la sclérose multiple. En 1911, il décrit encore un cas très curieux avec des symptômes astéréognostiques et du sens des attitudes. Völsch, Curschmann, Berger, Rose et Français, Cassirer, Claude et ses élèves (Egger entre autres), Finkelberg, Long, Bouché, J. Piltz, Lépine et Froment, Mendel, I. Reich, Schuster, Marinesco, André-Thomas, Catola, Frankl-Hochwart, Petit et Veillard, Ormerod, Leube, Goldscheider, Schlagenhaufer, Henschen, Noica, Spiller et Camp, Harrington, Nonne, Déjerine, Gerhardt, Sachs et Friedman, etc., etc., publient des observations démonstratives avec indubitables troubles objectifs et subjectifs, extrêmement variables au point de vue du genre et de la topographie de la sensibilité.

On cite presque exclusivement des paresthésies (fourmillements, engourdissement et sensation de constriction ou de froid localisé), douleurs névralgiques (du trijumeau et des membres inférieurs), anesthésies superficielles (tactiles et douloureuses)et hyperesthésies, troubles de la position des membres et du sens vibratoire et astéréognostique.

Les contributions les plus notables sont celles de Oppenheim, Claude, Marburg et Müller. Selon ces auteurs, les symptômes irritatifs sont plus courants que les symptômes de déficit. Malgré tout, on n'arrive pas à un accord sûr en relation à la constance majeure et à la localisation des troubles sensitifs.

Récemment, les travaux consacrés à l'investigation de la sensibilité dans la sclérose multiple ne constituent pas une exception. On doit citer ceux de Keschner et Malamud, Bériel, Guillain, Lhermitte, H. Roger, Birley et Dudgeon, J. Piltz, Souques, Barré, Devic, Wexberg, Cl. Vincent, O. Sittig, Koulkoff, López Albo, Jumentié, Mann, Foix et Schiff-Wertheimer, Alajouanine, H. Parker, Rodriguez-Arias, etc.

La Société de Neurologie de Paris, dans sa Réunion internationale de 1924, a traité la question de la sclérose multiple et n'a formulé aucune opinion concrète. Cependant on peut dire comme conséquence de la discussion, que les paresthésies (dysesthésies de *Wilson*) se manifestent généralement au commencement, qu'on observe très peu les douleurs, le prurit et les hypoesthésies superficielles (surtout la thermique), que les troubles de la sensibilité osseuse sont courants et que l'astéréognosie est caractéristique pour les uns et rare pour

les autres. Depuis lors, les cas publiés par les auteurs cités veulent harmoniser les points de vue de la fréquence, du genre et de la topographie des troubles subjectifs et objectifs, de leur signification diagnostique précoce et ultérieure et de ce qu'ils représentent considérés évolutivement.

Provisoirement, à titre de résumé et d'énumération de ce qui a été dit jusqu'à présent par les auteurs, avant l'étude magnifique d'Alajouanine, on peut affirmer que les douleurs atteignent un certain nombre de malades (« Sclerosis multiplex dolorosa » de *Müller*), que les paresthésies (fourmillements, engourdissement, sensations de constriction et de crampe, secousses électriques surtout), arrivent à un degré de différenciation énorme et résultent très constantes, que la sensibilité profonde (surtout celle de la partie osseuse et celle relative à la position des membres) est assez affectée en contreposition à la sensibilité superficielle (hypoesthésie en premier terme), et que l'astéréognosie est presque toujours de règle quand il existe des perturbations sensitives importantes. Au point de vue de la localisation, les membres inférieurs sont particulièrement attaqués. Il ne faut pas dire, enfin, que l'intermittence, le caractère fugace et le peu d'intensité des signes, sont d'autres particularités que tous acceptaient sans discussion.

La fréquence de la sclérose en plaques et de ses phénomènes sensitifs est un fait qui aujourd'hui doit nous occuper sérieusement. Des pays qu'il n'y a pas longtemps encore s'en croyaient indemnes, signalent de plus en plus l'apparition de nombreux cas. Et les statistiques des autres pays où la maladie est connue depuis quelques années, pour la grande proportion des malades diagnostiqués, les Etats-Unis et la Suisse par exemple, s'inquiètent beaucoup devant l'invasion croissante de ce fléau que bientôt dépassera en importance celui de la neurosyphilis.

Il est certain que le perfectionnement des études anatomiques et cliniques de la sclérose diffuse peut être le facteur qui augmentera encore la proportion des diagnostics, si difficiles à formuler autrefois, mais il est hors de doute aussi que la floraison des cas actuellement observés, n'est pas imputable exclusivement à l'habitude de faire des jugements cliniques plus précis, qui peuvent devenir inexacts souvent (c'est-à-dire au chapitre des erreurs). Si, auparavant, bien des malades passaient inaperçus, il est impossible que mainte-

nant un grand nombre soient qualifiés comme sclérotiques sans l'être.

D'autre part, l'exemple de l'encéphalite épidémique, presque inconnue, n'existant pas il y a quelques années, semble indiquer qu'il peut arriver la même chose avec la sclérose en plaques.

L'origine infectieuse de la névraxite disséminée et les ressources de la thérapeutique parasitotrope (arsenic, antimoine, argent ,or, etc.), ou biologique (sérums autogènes ou homologues) et des médicaments sédatifs, permettent d'affronter avec plus de confiance aujourd'hui, les interventions causales et palliatives.

Nous devons nous efforcer pour arriver à guérir tous les cas latents de sclérose multiple. Si nous n'y arrivions pas, nous devrions soulager les malades qui souffrent des altérations sensitives, des paresthésies et des douleurs, gênantes toujours, même quand elles ne sont pas torturantes et insupportables.

⁂

Le diagnostic différentiel des formes sensitives de la sclérose multiple n'est pas précisément des plus difficiles. Malgré que Mann admette un seul signe pathognomonique : l'abolition de la sensibilité vibratoire, et Alajouanine un autre : l'astéréognosie, les paresthésies et les autres altérations permettent ordinairement de former, par leurs caractéristiques spéciales, par le mode de se grouper et par l'évolution intermittente, un jugement bien sûr. Notre co-rapporteur l'affirme ainsi et nous sommes d'accord avec lui.

D'autre part, l'association presque constante des petits troubles organiques (réflexes, moteurs, oculaires, etc.), et l'étude du liquide céphalo-rachidien assurent la résolution des derniers doutes. Néanmoins, quand nous nous trouvons en face des formes mono ou oligo-symptomatiques pures et initiales, nous pouvons diagnostiquer légitimement une névrose, plutôt celle de nature hystérique ou neurasthénique acquise.

Il est vrai que la comprobation des antécédents contitutionnels typiques, le soupçon d'une réaction passagère de caractère endogène, et l'absence persistante des stigmates organiques parlent en faveur de l'hypothèse d'une névropathie fonctionnelle, mais nonobstant, il n'est pas facile, comme on

le croirait tout d'abord, de se faire une idée et c'est alors que la véritable indécision du diagnostic apparaît.

Nous désirons, tout particulièrement, attirer l'attention sur l'aspect général du problème.

Le même symptôme de Babinski, recours suprême pour plusieurs auteurs dans la différenciation organique et fonctionnelle, ne résout pas non plus les doutes; on ne le rencontre pas souvent, ou bien il disparaît avec rapidité dans la sclérose multiple, pouvant être reproduit d'ailleurs à volonté.

Enfin, les associations hystéro-organiques ne sont pas rares, ces deux maladies de Charcot pouvant coïncider sur le même malade. Quand cela arrive, ni l'exploration neurologique la plus détaillée, ni l'interrogatoire le plus parfait, ne peuvent nous assurer le diagnostic synthétique. Nous devrions pratiquer sans doute une ponction lombaire, même s'il s'agit des cas les plus latents ou parvisymptomatiques de la sclérose multiple, pour découvrir quelques altérations insignifiantes, peu évidentes, mais fréquemment douées d'une véritable valeur.

Il convient de les signaler et les discuter, surtout si on veut s'orienter vers le diagnostic général des troubles sensitifs de la névraxite disséminée en plaques.

Généralement, la pression est normale.

L'hyperalbuminose et la globulinose (réactions de Nonne-Apelt, de Pandy et de Weichbrodt), sont toujours très discrètes.

Le sucre et les chlorures ont tendance à diminuer légèrement.

La cytologie accuse des petits changements quantitatifs (moins de 10 cellules par mm^3) et qualitatifs (lymphocytose).

Les réactions sérologiques de Wassermann, de Vernes et ses similaires sont constamment négatives.

En échange, les réactions colloïdales les plus sensibles (or de Lange, normo-mastic de Kafka et benjoin de Guillain), donnent un résultat positif du type syphilitique ou du type parasyphilitique atténué.

La dissociation des épreuves colloïdales et sérologiques (y compris celles du sang) et la réaction très discrète albumino-cytologique, avec une globulinose positive, c'est le tableau humoral caractéristique de la sclérose multiple, différant pourtant de celui de la neuro-syphilis et de l'encéphalite épidémique.

Les livres modernes sur le liquide céphalo-rachidien (Eskuchen, Levinson, Greenfield et Carmichael, Guillain, Pappenheim, etc.), et les travaux au sujet du syndrome humoral de la sclérose multiple sont tous d'accord.

La répétition systématique d'une analyse du liquide est recommandable dans des cas déterminés.

⁂

Malgré qu'on soit presque sûrs que la sclérose multiple est une maladie d'origine infectieuse, c'est-à-dire à agent exogène, et non pas une gliose ou gliomatose purement endogène, cependant les arguments déduits de l'étude anatomo-pathologique des cas isolés ou des séries des cas, sont encore insuffisants pour éclairer définitivement le problème pathogénique. Il faut envisager d'autre part les travaux statistiques et cliniques et les recherches d'ordre microbiologique.

Strümpell et Müller sont partisans de la théorie qui considère la polysclérose comme une gliose primitive, de base constitutionnelle, pareille à la fibromatose ou à la lipomatose multiple, et à d'autres neuropathies et psychopathies endogènes. La prolifération facile de la glie dans un sens gliomateux, par invalidité ou par une disposition anormale congénitale, et la diminution de la résistance du parenchyme nerveux, trouveraient dans les différentes causes occasionnelles (une infection intercurrente, un refroidissement, la ponose, les traumatismes, la fièvre puerpérale, etc.), le motif de la maladie. Il n'y a pas de doute que les choses peuvent se passer de cette façon (par absence des lésions parenchymateuses et vasculaires, ainsi que des dégénérescences secondaires, dans les foyers de la sclérose et aussi par méconnaissance de la transmission de l'infection d'un individu à l'autre), mais parfois prennent une allure différente, vu que la gliose des plaques récentes est habituellement excentrique et non concentrique et qu'on trouve des lésions méningées et périphériques assez couramment sans correspondre à un processus de gliose primitif, parce que les dégénérescences nerveuses héréditaires ont une distribution réduite et une rareté fréquente (à savoir les maladies de Friedreich, de Wilson, de Tay-Sachs, de Charcot-Marie) et les observations généalogiques des cas familiaux (par exemple ceux de Léri, Curschmann, Schultze) et l'immense majorité des cas isolés, conduisent à un résultat négatif au

point de vue de l'hérédité familiale et dégénérative, enfin, étant donné que les individus habitant la campagne, selon les auteurs suisses, sont les plus disposés à la polysclérose.

Charcot et Marburg croient que la sclérose multiple est une « encephalomyelitis periaxialis scleroticans » d'origine toxique inconnue. L'inflammation interstitielle du névraxe, analogue à celle des autres viscères, motiverait d'abord une dysmyélinisation, qui conduirait finalement à la destruction complète de la substance myélinique. Les lésions du cylindraxe seraient tardives, ainsi que la gliose réparatrice de l'élimination lente de la myéline. Au dernier moment se présenteraient les altérations vasculaires. L'intégrité du parenchyme entre les fibrilles de la névroglie et la rareté des lésions des vaisseaux semblent indiquer que l'hypothèse du maître de la Salpêtrière et de l'école de Vienne est la véritable, mais la comprobation des foyers de sclérose avec le parenchyme atteint et la névroglie normale constitue une sérieuse objection. Les faits statistiques invoqués contre la théorie de Strümpell peuvent servir ici également d'arguments contraires. Enfin, l'exemple des autres neuropathies infectieuses, aussi diffuses et protéiformes que la sclérose, d'un commencement très variable, quelquefois brusque, d'une évolution subaiguë avec des fréquentes poussées évolutives, des syndromes terminaux du type de la myélite aiguë et du liquide céphalo-rachidien altéré (comme la neurosyphilis, l'encéphalite épidémique et la polyomyélite) ne laisse pas d'avoir, après tout, une valeur extraordinaire.

Le caractère franchement exogène, infectieux et parasitaire, de la névraxite disséminée en plaques, défendu par Pierre Marie et ensuite par des nombreux auteurs, parmi lesquels nous pouvons mentionner Déjerine, Oppenheim, Medea, Kuhn et Steiner, Marinesco, Siemerling, Bullock, Birley et Dudgeon, Falkiewicz, rencontre quelques points d'appui : des lésions profondes des vaisseaux qui causent l'inflammation des gaines de l'adventice, l'existence dans les foyers de sclérose de cellules plasmatiques et en bâtonnet et secondairement une prolifération névroglique avec une répercussion parenchymateuse. N'oublions pas, cependant, les autres détails que nous venons de citer, contraires les uns et favorables les autres, peut-être la plupart. L'apparition non exceptionnelle des néphrites microbiennes est une des plus éloquentes. D'autre part, on doit reconnaître qu'on ne sait pas quelle est la porte

d'entrée du microbe (les amygdales, la peau, etc.) et le probable hôte intermédiaire (« ixodes ricinus »), ainsi que les caractéristiques de l'agent infectieux, pas du tout différent et fort probablement spécifique.

Or, les lésions de la sclérose multiple ne restent pas circonscrites aux plaques : le névraxe est atteint dans de différents endroits (processus dégénératif du cylindraxe et de la myéline et vascularite). Voilà une chose à retenir toujours.

Fixons-nous aussi, comme renseignement de premier ordre, dans la positivité des réactions colloïdales et albuminocytologiques du liquide céphalo-rachidien, semblable, d'après les lignes générales, à celle particulière des neuropathies exogènes.

Le problème des relations de la sclérose en plaques avec la syphilis, l'encéphalite épidémique et l'ataxie aiguë ne doit même pas être discuté. Ces maladies sont différentes, indépendantes, malgré qu'on observe chez elles quelques symptômes communs et quelques lésions analogues.

Au point de vue microbiologique, le nombre et la valeur des observations cliniques et expérimentales négatives sont aussi importantes que les positives. Le « spirochæta argentinensis » de Kuhn et Steiner n'a pas été trouvé par certains auteurs de réputation reconnue. Mais si les faits négatifs motivent quelques réserves, les positifs jouissent d'une signification réelle, en raison de quoi, si on admet l'origine infectieuse, il faut préciser le type du microbe (spirochæta ou virus neurotrope filtrant).

L'anatomie pathologique n'explique pas suffisamment la quantité et la qualité des symptômes cliniques : des lésions multiples déterminant parfois une faible symptomatologie et vice-versa. Il est donc difficile que la variabilité des phénomènes et des signes puisse être attribuée seulement au caractère focal de plusieurs lésions.

L'intermittence, la fugacité, l'évolution caractéristique des syndromes scléreux, sont peut-être la conséquence de l'intégrité relative des éléments nobles (qui permet une suppléance fonctionnelle suivie) et de la possibilité d'une régénération partielle. Mais, d'après Veraguth, il vaut mieux chercher la raison de cette particularité clinique, non dans les faits anatomiques focaux, mais plutôt dans les troubles d'excitabilité des tissus altérés, y compris les intacts, que décrit si admirablement l'hypothèse de la « diaschise » de von Monakow. Si nous nous rattachions à cette opinion, il ne

devrait pas nous étonner que les lésions consécutives, à distance, traduites cliniquement d'une manière ou d'une autre, apparaissent et disparaissent rapidement et avec tant d'irrégularité. On peut donc affirmer que toutes les choses se passent, au point de vue anatomique et clinique, comme si la sclérose multiple était une infection diffuse du système nerveux, de microbe inconnu et semblable à la trypanosomiase et à la maladie de Heine-Medin ou bien à l'encéphalite léthargique et à la chorée aiguë.

Si le problème pathogénique était celui-ci, parce que le nombre et la diversité des lésions mises en évidence ne pourraient pas définir dans un sens général la nature et la symptomatologie de la névraxite disséminée en plaques, le mécanisme de production des troubles appartenant à la sphère sensitive serait, naturellement, difficile à établir, surtout si l'on considère que la discussion sur le thème de la corrélation nerveuse des dysesthésies (Wilson) subsiste toujours.

Il faudrait bien, moyennant des travaux plus précis, que la pathogénie de ces symptômes sensitifs arrive à nous tranquilliser autant que son étude séméiologique et diagnostique, qui est d'ailleurs assez complète.

Les investigations d'ordre anatomopathologique, surtout dans les états initiaux de la maladie, sont encore très vagues et rares.

Anatomiquement, il est possible de prouver l'absence habituelle des symptômes objectifs, du type superficiel et profond et sa fréquente régression absolue, par l'intégrité du cylindre-axe dans les plaques, par la réparation de la gaine de myéline et par la dégénérescence secondaire nulle.

Par contre, les grandes plaques destructives avec dégénérescence wallérienne et les foyers de myélite transverse, non exceptionnels dans les phases finales de la sclérose multiple, sont la cause matérielle directe des petits signes sensitifs objectifs, observés dans les grandes poussées de l'infection et dans les syndromes terminaux. Quelques observations anatomo-cliniques publiées confirment pleinement ce fait.

Les intermittences symptomatiques et les rémissions sont des phénomènes qu'on interprète difficilement, même en admettant la théorie exogène et les explications de von Monakow. Egalement, les considérations topographiques sont assez obscures, vu que les dysesthésies, en général, dérivent des

lésions vérifiées dans toutes les zones des voies sensitives ; nerfs périphériques, moelle, bulbe, thalamus et cortex.

D'après Keschner et Malamud, les signes sensitifs objectifs, pourraient être produits par des lésions des cordons postérieurs et des voies « spino-thalamiques ». Dans les cas d'une association des signes objectifs et subjectifs, nous trouverions plutôt intéressés les derniers territoires.

Parfois la distribution des surfaces hypoesthésiques est franchement segmentaire.

De nombreux faits cliniques et anatomiques permettent de définir les altérations périphériques, radiculaires, cordonales et encéphaliques. Néanmoins certaines observations ne sont pas très typiques.

Quand seulement la sensibilité vibratoire est atteinte, on doit penser, d'accord avec Frank, que les lésions atteignent les cornes antérieures ou les cordons latéraux. Mann en doute, parce que des cas anciens et récents d'hémiplégie ne présentent pas les symptômes vibratoires.

Vraiment, nous ignorons à quoi est due l'astéréognosie ; mais il faut admettre que les voies sensitives sont intéressées à un point quelconque de leur trajet. Selon Roger, cela dépendrait essentiellement d'un déficit de la fonction sensitive superficielle et profonde, et selon Claude, il s'agit de véritables perturbations psychiques. D'après Floren et plusieurs autres auteurs, on ne doit pas songer à une origine corticale pure ni à un mécanisme psychogène. Il est certain, néanmoins, qu'elle peut apparaître sans une lésion associée des autres sensibilités, chose impossible selon Déjerine, ou en même temps qu'une anesthésie cutanée (Head). Le facteur moteur a une valeur secondaire. Aucune hypothèse ne suffit à expliquer la pathogénie de ce symptôme pathognomonique.

Les algies proviennent des lésions qui se forment dans les fibres conductrices (nerfs, racines, cordons médullaires, etc.) de la sensibilité douloureuse. On cite des autopsies démonstratives. Oppenheim, par exemple, a rencontré une plaque de sclérose dans l'émergence de la 5e paire cranienne dans un cas de névralgie faciale symptomatique de la neuropathie. Harry Parker mentionne les données d'autopsie d'une sclérose multiple avec des douleurs paroxystiques de la 2e branche du trijumeau gauche, dans laquelle il découvrit, à part des différentes lésions disséminées classiques de la maladie, deux plaques aux origines de la racine gauche, qu'englobaient des

fibres non dégénérées et ensuite une petite prolifération scléreuse dans le trajet extraprotubérantiel. Cependant, la curieuse observation de Parker met sur le tapis le problème de l'intervention d'autres facteurs non scléreux dans la genèse du tic douloureux de la face. Le nerf sciatique a été aussi le siège d'altérations faciles à prouver.

Plusieurs algies périphériques proviennent des lésions des troncs, des muscles et de certains territoires sympathiques vasculaires. Les anesthésies douloureuses, des lésions principalement périphériques et radiculaires. Les paroxysmes, des lésions des cordons (Barré). La céphalalgie, peut-être des réactions méningées discrètes.

Lhermitte, Lévy et Nicolas expliquent les sensations des décharges électriques survenues chez des malades pendant la fatigue ou les mouvements, ou bien quand ils fléchissent la tête ou inclinent le thorax en avant, comme une conséquence de l'excitabilité anormale des fibres nerveuses dépourvues de leur gaine, qui serait provoquée par l'élongation de la moelle épinière plaquée sur le rachis ou par la pression directe exercée sur un nerf périphérique. Bien entendu, cette explication est très rationnelle. Quelques faits de guerre (commotions et blessures périphériques) l'appuient.

L'étude pathogénique des commotions et des compressions médullaires, de la dégénérescence cordonale, du tabès dorsal, maladies comparables à la sclérose multiple (car il y a une ressemblance de certains symptômes), n'est pas arrivée non plus à éclairer définitivement l'origine des paresthésies, des douleurs et des signes sensitifs restants dont nous venons de nous occuper.

Les derniers travaux de Head, Holmes, Foerster et Wilson, à part ceux de plusieurs autres auteurs, concernant les lésions associées aux dysesthésies en général, les fonctions d'excitation et d'inhibition, le mécanisme dualiste du système sensitif, la théorie de Jacksón, l'inhibition cortico-thalamique, les facteurs neuro-vasculaires et les opinions sur la dysesthésie hygrique ont permis d'affronter plus largement la question de la pathogénie des diverses sensations et des symptômes sensitifs de la polysclérose. Malgré tout, nous ne sommes pas arrivés à connaître à fond leur mécanisme de production.

Les dysesthésies conscientes exigent une intégrité des voies sensitives afférentes à partir de l'endroit où se trouve la lésion. Elles seraient la conséquence d'une irritation algogénique ou

paresthésiogénique localisée dans les troncs, dans les racines, dans les cordons et même dans l'écorce. Expérimentalement, les choses peuvent se présenter de cette façon, cliniquement aussi, parce que les observations ont plutôt l'air typique. Du point de vue anatomique, il manque encore différentes comprobations.

La théorie de l'inhibition cortico-thalamique est logique pour expliquer les dysesthésies centrales, douloureuses et thermiques.

L'hypothèse d'un système sensitif dualiste (Head et Foerster) et la critique de Jackson ne répondent pas à la complexité des possibilités cliniques. Les symptômes protéiformes de la sclérose multiple proviennent de quelque chose non unitaire.

Le point de départ sympathique-vasculaire de quelques dysesthésies thermiques, douloureuses et tactiles, semble très logique. Sur le terrain clinique, plusieurs faits l'ont démontré.

Finalement, de nombreuses dysesthésies complexes, composées par divers éléments sensitifs, sont presque impossibles à interpréter ; peut-être qu'il intervient un facteur mental hallucinatoire.

***

Le critérium thérapeutique est peut-être le plus difficile à établir dans la sclérose multiple. Nous ignorons toujours si les rémissions syndromiques, les phases stationnaires de cette neuropathie représentent le résultat du traitement adopté, ou bien constituent l'expression d'un fait spontané, indépendant des médicaments.

D'autre part, nous sommes convaincus de l'inexorabilité évolutive, dans un sens progressif, de la plupart des cas de sclérose.

Mais s'il est vrai que nous ne devons pas juger inutiles, malgré l'opinion contraire d'un grand nombre d'auteurs, les constantes tentatives d'un traitement plus ou moins logique, il est nécessaire aussi que nous ne nous fassions pas des illusions, tout en admettant une origine infectieuse, chaque fois qu'on propose une autre cure antiseptique parasitotrope ou bien antitoxique.

L'actuation symptomatique, surtout quand elle a pour but de calmer les douleurs et les dysesthésies rebelles, toujours gênantes, est aussi incertaine que la médecine causale.

Parmi les médicaments soit-disant spécifiques, ceux qui ont maintenant un grand prestige sont : le salicylate de soude et l'urotropine, les arsenicaux, l'antimoine et la germanine ou Bayer 205.

Depuis que le salicylate de soude a réussi, par ses vertus antiseptiques d'une valeur exceptionnelle, dans l'encéphalite épidémique, on a suggéré son emploi dans la sclérose multiple. Plusieurs auteurs de l'école française l'ont appliqué avec un enthousiasme croissant ; d'autres ont préféré l'urotropine et même les succédanés du type de l'atophanyl. Quand on administre des doses un peu élevées pendant un long délai de temps, en les répétant avec fréquence, on obtient des résultats appréciables. La voie intraveineuse, plus active que les autres, est toujours d'une technique difficile à cause de la phlébite. Nous ne conseillerions jamais la voie intramusculaire, parce qu'elle est très douloureuse. A la fin, nous sommes toujours obligés de recourir à la solution classique de salicylate de soude prise « per os », aux tablettes d'urotropine et d'uroformine ou bien à l'atophan. En outre, cette médication salicylique peut être administrée en combinaison avec les injections d'arsenic et d'antimoine.

Tous les produits arsenicaux, anciens et modernes, ont eu ou ont encore un champ d'application momentané ou persistant dans la sclérose multiple. Aujourd'hui même on ne délaisse pas les hautes doses de cacodylate de soude, le néosalvarsan et le salvarsan-argent. L'arsenic inorganique, les médicaments similaires au 914, le stovarsol, le tréparsol, l'arsylène et quelques autres encore, on les emploie rarement.

Les doses de 1-2 grammes de cacodylate de soude en injections intraveineuses deux, trois fois par semaine, pendant des mois et des mois, avec des intervalles de repos, produisent en général d'excellents résultats. Nous pouvons dire de même des cures de salvarsan en séries, pas très énergiques : quelques doses progressives de 0,15, 0,30, 0,45 gr. appliquées en injection intraveineuse tous les 5-8 jours. C'est un des traitements de choix. Dans les pays germaniques et en Amérique, on a recommandé constamment le silber-salvarsan comme étant supérieur au salvarsan ordinaire. Il produit très souvent, sans doute, de meilleurs résultats que le 914. C'est pour cela qu'on doit l'utiliser dans les cas rebelles aux autres arsenicaux.

L'antimoine est aussi un des bons médicaments dont on peut

user dans la sclérose. A notre avis, on devrait l'appliquer dans de nombreux cas, seul ou alterné avec l'arsenic. Or, le choix de la préparation n'est pas indifférent. Le tartre stibié et le stibenil, on ne les emploie guère pour différentes raisons, entre autres à cause de leur toxicité relativement élevée et leur maniement très difficile. L'antimosan est délaissé pour gênant (réactions régulièrement violentes). Il nous reste uniquement le stibosan qui, par la voie intraveineuse à doses croissantes, de 10-20 centigrammes, 2, 3 fois par semaine jusqu'au total de 3 grammes, est facilement toléré et sans danger. Nous sommes très satisfaits à l'heure actuelle des résultats obtenus.

On recommande en plus la germanine ou Bayer 205, médicament de composition inconnue, mais d'évidentes vertus parasitotropes, vu qu'on l'a employée avec succès dans de différentes maladies tropicales de caractère microbien. Elle doit être appliquée en injections intraveineuses, comme les autres, à la dose de 1/2 gramme tous les 7-8 jours ; elle n'est pas nuisible et ne produit pas non plus des troubles désagréables. Actuellement on la prescrit beaucoup.

Le mercure, l'iode et le bismuth ont été adoptés par de nombreux auteurs sans songer à une étiologie syphilitique de la sclérose. Parfois on obtient soudainement des résultats avantageux. Entre les différentes préparations connues, celles qui ont plus d'acceptation ce sont les suivantes : les calomels, la pommade grise, les solutions iodo-iodurées et l'iode organique (lipiodol, iodipine, etc.), et l'iode-bismuth de quinine simple ou combiné à l'atropine (quinby-atropine).

Des vieux remèdes à base d'ergotine, de brome, de nitrate d'argent, de quinine, etc., la fibrolysine administrée en injections hypodermiques par séries conservent toujours leur place et bien des auteurs sont partisans de leur emploi. Les injections de quinine-urétane sont très populaires en Allemagne.

Les colloïdes d'or et d'argent et la récente thérapeutique métallique « ad modum Walbum » (métallosales de cadmium, de manganèse et quelques autres), ont échoué dès le premier moment.

Des résultats analogues ou peut-être meilleurs qu'avec l'arsenic et l'antimoine — bien entendu au point de vue relatif — ont été obtenus par les sérums. Les vaccins, les protéines et les inoculations de malaria sont très incertains et gênants.

Les sérums homologues, de malades fixés ou guéris, sont les préférés. Ils ont un grand inconvénient : on ne peut pas disposer toujours, quand on le désire, d'une quantité illimitée. En plus, le traitement prolongé, le seul efficace, est d'une pratique ennuyeuse. L'auto-séro ou hémothérapie est un remplaçant souvent de peu de valeur et on peut dire presque autant du sérum antipolyomyélitique, bien qu'avec ce dernier on peut obtenir parfois de bonnes améliorations en l'employant régulièrement.

Les injections intra-rachidiennes de sérum autogène (autorachithérapie), de lécithine pure (Minea) ou bien de caséine sont aussi à conseiller quelquefois.

L'injection hypodermique ou intra-veineuse du liquide céphalo-rachidien est très peu usitée.

Parmi les protéines et les vaccins plus recommandables, nous pouvons citer le phlogetan primitif et moderne (surtout ce dernier), la novoprotine, le nucléinate de soude (doses élevées), la tuberculine, le lait et les vaccins antichancrelleux (Dmelcos), antityphique et antistaphylococcique. Les sérums courants, on ne les emploie pas. Quant au sérum hémolytique de lapin préparé par Laignel-Lavastine et Koressios, on est en train de l'expérimenter.

L'abcès de Fochier est toujours désagréable et nullement pratique.

Le paludisme expérimental, inoffensif quand l'application est irréprochable, ne donne pas le bénéfice attendu par le malade, tout en souffrant.

Les vasodilatateurs, indiqués pour combattre l'anémie locale des plaques de la sclérose et de son voisinage, par exemple les nitrites et la pilocarpine, n'ont aucune action.

Le thorium X. et ses succédanés conseillés dans les rhumatismes chroniques, se sont montrés assez efficaces dans certains cas de sclérose multiple douloureuse. Nous n'osons pas nous prononcer sur leur véritable valeur. L'atophan radioactif (radiophan) est aussi recommandable.

Nous devons ajouter cependant, que cet ensemble de moyens thérapeutiques qu'on doit appliquer à tous les cas de la sclérose multiple, n'excluent pas — en cas de paresthésies et de douleurs rebelles qui persistent malgré les essais d'une cure causale — un ou plusieurs traitements palliatifs secondaires.

C'est pour cela qu'au point de vue complémentaire, symptomatique, il faut confier la sédation des troubles sensitifs de la

sclérose multiple aux médicaments analgésiques, à la radiothérapie, aux agents physiques, à la chirurgie de la douleur et à la psychothérapie.

La série des analgésiques s'épuise toujours. L'aspirine, l'antypirine, le pyramidon, la phénacétine, l'exalgine, le bleu de méthylène, l'euquinine, etc., ainsi que les préparations sur le genre du veramon, allonal, cibalgine, novalgine, compral, névraltéine, algocratine, etc., ont échoué, ce qui arrive aussi avec les opiacés, qui doivent être employés seulement « ultima ratio » et encore associés aux alcaloïdes tels que la scopolamine et l'atropine (pavon avec scopolamine, sédol, spasmalgine, atropaver, etc.).

Le tartrate d'ergotamine (gynergène) étant un inhibiteur du système végétatif, calme parfois les troubles subjectifs d'origine sympathique.

La radiothérapie peut avoir une double action ; elle agit comme sédatif et peut-être modifie la lésion sclérotique. On l'emploie surtout dans les douleurs radiculaires localisées, mais on ne doit pas en abuser et surtout ne pas répéter souvent les séances ni les multiplier beaucoup dans chaque période.

Dans le groupe des agents physiques, il faut tenir en compte, très spécialement : les bains généraux de lumière, longtemps suivis ; le massage ; la balnéothérapie chaude à 37 et 38°, très répétée ; les cures thermales (eaux radioactives et oligométalliques, salines légères, bicarbonatées mixtes, très peu sulfureuses, etc.) ; l'ionisation avec le nitrate d'aconitine (dans le cas de douleurs névralgiques localisées) et la diathermie (dans les algies peu diffuses).

Au point de vue chirurgical, les interventions destinées à supprimer la douleur ne donnent pas encore de résultats très sûrs, et ne sont pas exemptes de dangers déterminés. L'injection épidurale de sérum physiologique ou novocainisé, produit des effets passagers. La ponction lombaire, simple ou bien avec l'introduction d'une demi-goutte de tartrobismuth sodique soluble (tartrobi), calme très souvent les douleurs les plus rebelles, provoquant une réaction assez violente. On déconseille l'alcoolisation du trijumeau. La résection des racines spinales postérieures et la neurotomie rétrogassérienne produisent parfois des améliorations prolongées, quoique incertaines, parce que la caractéristique principale des douleurs est la va-

riabilité. Et la cordotomie étant toujours une opération délicate ne donne pas les résultats désirés.

Nous estimons néanmoins, qu'on ne doit pas désespérer des médicaments sédatifs : en les combinant entre eux, en les appliquant avec intérêt, tout en prescrivant en même temps un régime alimentaire hypotoxique, le repos relatif et une cure diurétique, on arrive à obtenir en général des résultats inattendus. Les hypnotiques par exemple, renforcent souvent les effets sédatifs des analgésiques.

L'actuation psychothérapique du médecin ne doit jamais être reléguée au dernier terme. Il peut corriger les troubles pithiatiques associés, qui ne sont pas rares, et maintenir en bon état le moral des malades. Aux sclérotiques, arrive la même chose qu'aux post-encéphalitiques, et une des meilleures thérapeutiques est la direction bien définie et soutenue du médecin traitant.

Tout ce qui précède nous permet d'affirmer que, dans les circonstances actuelles, ni le traitement étiologique, ni le traitement symptomatique des altérations sensitives de la sclérose multiple, ne sont assez sûrs pour que nous puissions signaler une ligne uniforme de conduite. On doit adopter toutes les ressources connues dans tous les cas, et les unes après les autres, si la situation spéciale du malade nous y oblige.

Il n'est pas aisé de prévoir si l'avenir appartiendra à la sérothérapie ou à la chimiothérapie.

DISCUSSION DES RAPPORTS DE MM. ALAJOUANINE ET RODRIGUEZ-ARIAS

M. J. Abadie (de Bordeaux). — Quand on reprend l'histoire des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques, on est surpris de voir combien les premiers auteurs qui ont vu et décrit la sclérose disséminée ont insisté déjà sur la présence des troubles sensitifs dans cette affection, sur la prédominance des troubles subjectifs, sur les troubles objectifs, sur le caractère variable et intermittent de ces troubles, ainsi que sur l'existence des formes douloureuses. On est ensuite étonné de voir comment, très rapidement après la conception nosographique de la sclérose en plaques, ces troubles de la sensibilité ont été tenus pour exceptionnels et négligeables.

Pour se rendre compte de la première de ces affirmations, il suffit de relire Cruveilhier et Vulpian.

Cruveilhier, qui vit le premier les plaques de sclérose, sans cependant les définir, et qui en a donné de si remarquables dessins, dans quatre planches de son *Atlas d'Anatomie pathologique du corps humain,* paru de 1835 à 1842, rapporte, pour deux de ces planches, les observations cliniques correspondantes aux pièces figurées. Dans l'une de ces observations, qui a trait à une femme de 38 ans, il décrit avec précision les nombreux troubles sensitifs observés chez elle, au début et pendant l'évolution de sa maladie. Il signale les paresthésies initiales des extrémités, ensuite les troubles objectifs de la sensibilité cutanée des membres, la maladresse à saisir les petits objets et à les retenir sans le contrôle de la vue, enfin, les douleurs constrictives du tronc, les douleurs extrêmement vives des membres, les rongements provoquant des cris de douleur, etc...

Vulpian, qui, comme on le sait, individualisa, pour la première fois, en 1866, la sclérose en îlots dispersés ou disséminés, la sclérose polynésique, comme il aimait à la désigner, ne manque pas, dès les premières descriptions qu'il donne de cette affection, d'insister sur les troubles importants de la sensibilité qu'on y observe. Il dit bien que la sclérose en plaques

n'est pas une maladie essentiellement douloureuse, mais il analyse avec beaucoup de soin toutes les manifestations pénibles ou douloureuses que peuvent ressentir les malades. Il affirme bien que la sensibilité objective n'est pas profondément modifiée chez eux, mais il décrit avec non moins de soin les anesthésies tactiles en îlots, l'analgésie plus ou moins marquée, les sensations perverties, le retard des perceptions, l'affaiblissement de la notion de position, etc..., que l'on peut observer transitoirement ou définitivement.

Vulpian insiste surtout sur l'existence des symptômes douloureux, qui souvent marquent le début de la maladie, et qui peuvent se reproduire pendant le cours de son évolution : douleurs rachidiennes, avec ou sans irradiations en ceinture thoracique ou abdominale, douleurs passagères ou durables des membres inférieurs, douleurs constrictives circulaires, douleurs vives, lancinantes et fulgurantes, crises douloureuses viscérales abdominales, céphalalgie continue ou par accès, douleurs névralgiques faciales, sensations de décharge électrique, qui accompagnent les mouvements involontaires, réflexes des membres inférieurs, crampes qui se montrent avec les raideurs musculaires et qui sont quelquefois assez violentes pour empêcher le sommeil pendant de longues périodes de temps, etc., etc. Et d'ailleurs, Vulpian n'a-t-il décrit le premier, à cause de ces troubles sensitifs, la forme pseudotabétique de la sclérose en plaques ?

Comment donc les troubles de la sensibilité ont-ils si rapidement perdu leur importance clinique dans l'histoire de la sclérose en plaques ? Il faut, à notre avis, en trouver l'explication dans les raisons suivantes.

Avec Charcot, qui, parallèlement à Vulpian, a tant contribué à l'étude fondamentale de la sclérose en plaques, commence un mouvement de réaction contre la valeur séméiologique des troubles de la sensibilité dans cette affection. Charcot, dans le désir évident d'opposer le caractère secondaire des troubles sensitifs dans la sclérose en plaques à l'importance primordiale des altérations de la sensibilité dans le tabès, répétait volontiers dans son enseignement : « La sclérose en plaques n'aime pas les troubles de la sensibilité. » Cette affirmation, réitérée à chaque occasion nouvelle, eut pour conséquence de pousser les observateurs à négliger la recherche systématique des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques. Dès cette époque, on admit que, dans la sclérose disséminée, les

troubles de la sensibilité étaient exceptionnels et sans caractères spéciaux ; on déclara que, dans cette affection, la sensibilité cutanée doit être considérée, en principe, comme intacte, et que les troubles sensitifs ne font pas partie de son tableau clinique habituel. Depuis lors, cette opinion s'est tranmise jusqu'à nos jours par les ouvrages classiques.

Une autre raison nous semble la suivante. Après Vulpian, presque tous les observateurs avaient remarqué que, dans la sclérose en plaques, les troubles objectifs de la sensibilité étaient changeants et passagers. Or, à cette époque, l'hystérie régnait en maîtresse dans la pathologie du système nerveux. On compara les troubles sensitifs de la sclérose en plaques à ceux décrits alors dans l'hystérie, et, devant certaines analogies, on n'hésita pas à les rapporter à celle-ci. On décrivait alors des syndromes hystériques simulateurs de la sclérose en plaques. On admettait, d'autre part, la très grande fréquence de l'association de la sclérose en plaques et de l'hystérie. La sclérose en plaques était même considérée, parmi les maladies organiques du système nerveux, comme un des meilleurs agents provocateurs de l'hystérie. Aujourd'hui, on pense tout autrement. L'association des phénomènes dits hystériques et des symptômes de la sclérose en plaques est tenue pour un fait rare, le plus souvent fortuit. On ne reconnaît plus à la sclérose en plaques la moindre action provocatrice sur l'hystérie On conçoit d'une manière bien différente les troubles de la sensibilité attribués autrefois à l'hystérie. On sait aujourd'hui que, dans la sclérose en plaques, les troubles de la sensibilité objective sont bien sous la dépendance des lésions organiques de la sclérose disséminée, et que la nature de ces lésions permet d'expliquer les caractères particuliers de variabilité et de mobilité de ces troubles sensitifs.

Depuis longtemps déjà, certains auteurs avaient repris l'étude des troubles sensitifs dans la sclérose en plaques, et souligné leur valeur séméiologique. Dès 1877, Pitres, dans la *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie,* distinguait, à côté de la forme pseudo-tabétique de la sclérose en plaques, une forme amyotrophique et une forme spasmodique. Pour distinguer cliniquement cette dernière de la paraplégie spastique d'Erb, Pitres montrait toute l'importance, dans celle-là, des troubles de la sensibilité, plus particulièrement des troubles subjectifs et des douleurs lombo-sacrées, si spéciales dans la sclérose en plaques.

Mais c'est surtout Freund qui, en 1890, dans les *Archives allemandes de Neurologie et de Psychiatrie*, reprenant l'étude systématique des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques, a le plus grandement contribué à leur redonner toute leur valeur clinique. Depuis Freund toute une série de travaux, tant français qu'étrangers, dont il est très intéressant de suivre la lente évolution réactionnaire, a rendu aux troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques la place importante que leur avaient reconnue les premiers observateurs.

Les remarquables rapports que MM. Alajouanine et Rodriguez Arias ont apportés à ce Congrès constituent une réhabilitation éclatante de la valeur séméiologique et diagnostique des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques.

M. A. Porot (d'Alger), signale la fréquence des troubles sensitifs, surtout subjectifs (paresthésies, douleurs en éclairs, décharges électriques), dans les intoxications par le stovarsol. Il en apporte 3 cas, montre les difficultés du diagnostic avec certaines scléroses en plaques. Le diagnostic se fait par la connaissance ou la recherche des commémoratifs. L'auteur n'a pas rencontré dans ses cas l'astéréognosie signalée par M. Alajouanine. Ces faits sont importants à connaître, étant donnés la fréquence actuelle des sujets qui prennent, même sans ordonnance médicale, du stovarsol *per os*. La guérison est obtenue par la simple suppression du stovarsol.

M. Puussepp (de Tartu, Esthonie). — J'ai eu l'occasion d'étudier les troubles de la sensibilité chez 29 malades atteints de sclérose en plaques. Dans deux cas seulement, je n'ai trouvé aucun trouble de la sensibilité. Je veux particulièrement insister sur deux cas, dans lesquels les troubles de la sensibilité, intenses, avaient pris une forme rappelant tout à fait les crises gastriques du tabès. Il s'agissait d'une femme de 24 ans et d'un jeune homme de 17 ans. Dans ces deux cas, j'ai pratiqué la résection des racines postérieures ; mais l'opération n'a apporté aucune amélioration. La première malade est morte cinq mois après l'opération ; à l'autopsie, on a trouvé des foyers de sclérose dans les cornes médullaires postérieures elles-mêmes; cela expliquait l'échec de la simple section des racines postérieures. Aussi, chez le second malade, me suis-je alors résolu à pratiquer une cordotomie postérieure ; après

cette seconde intervention, les crises douloureuses disparurent. Je suis donc porté à croire que, dans les cas où les douleurs sont persistantes ou rebelles, la cordotomie est indiquée.

M. Anglade (de Bordeaux) a observé beaucoup de sclérose en plaques et a fait beaucoup d'autopsies. Il rapporte un cas de sclérose en plaques très douloureuse, observée chez une malade, ancienne mélancolique intermittente. Les douleurs étaient calmées par l'adrénaline. Deux ans après qu'eût été porté le diagnostic de sclérose, la malade mourut. L'autopsie montra d'importantes lésions de la couche optique, et, fait surtout important, des lésions histologiquement évolutives, subaiguës, assez analogues à celles d'une encéphalite encore active.

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Dans les remarquables rapports de MM. Alajouanine et Rodriguez-Arias, nous trouvons signalée la difficulté que tous nous avons rencontrée de faire dans certains cas le diagnostic entre l'hystérie et la sclérose en plaques. Et le problème se pose tout spécialement lorsqu'il s'agit des troubles sensitifs « subjectifs », qui sont caractéristiques dans l'affection organique en question

La difficulté du diagnostic se complique d'autant plus que, dans nombre d'affections nettement organiques, une amélioration remarquable a pu parfois être obtenue par des procédés de suggestion et de persuasion banales. De nombreuses observations confirment ces faits et nous avons pu, avec Van Bogaert, montrer récemment, dans une paralysie glosso-labio-pharyngée à évolution rapide, l'importance thérapeutique d'une persuasion et des encouragements pratiqués par l'entourage. Dans certaines manifestations encéphalitiques, l'influençabilité du sujet par les suggestions du milieu est caractéristique.

Dès lors, il semble bien, puisque des manifestations nettement organiques sont modifiables par la suggestion, que le terme « pithiatisme » ne doive pas être réservé exclusivement aux manifestations hystériques et qu'il existe ici un enchevêtrement très remarquable des manifestations organiques et des troubles d'ordre suggestif ou « psychique ». Le problème pourrait être revu et mis au point. M. Pierre Janet ne nous disait-il pas, au Congrès de Blois, que nous devrions, à bref délai, reparler d'hystérie et de suggestion? Et la question

se pose nettement à propos des troubles sensitifs subjectifs de la sclérose en plaques et de la difficulté parfois rencontrée à les distinguer de troubles hystériques.

Ces problèmes nous montrent, en tout cas, la nécessité évidente de l'union des neurologistes et des psychiatres réalisée dans ce Congrès.

M. Th. Alajouanine, *premier rapporteur,* constate qu'un accord général règne sur la question. Il rappelle qu'il a mentionné dans son rapport les formes douloureuses de l'affection, mais que ces formes restent rares. Il rapproche les douleurs gastriques, observées dans deux cas par M. Puussepp, des algies de type cellulaire de Foix. Il rappelle à M. Porot que, s'il n'a pas spécialement discuté le diagnostic de la sclérose en plaques avec l'intoxication arsénicale, il a mentionné les éléments différentiels avec les polynévrites ; le diagnostic se fait par les signes associés et par le fait que les paresthésies des polynévrites sont plus durables que celles de la sclérose.

M. B. Rodriguez Arias, *second rapporteur.* — En réalité, Messieurs, je n'ai rien à dire. Mais un devoir de gratitude m'induit à faire quelques remarques au sujet de la discussion de mon rapport.

La pathogénie des troubles sensitifs de la sclérose en plaques étant difficile à établir, j'attendais vraiment des objections et des suggestions très importantes, peut-être révolutionnaires. Celles-ci n'ayant été posées, je regrette beaucoup que les choses restent encore immutables.

Cependant, M. Sebek nous a parlé de l'intervention fréquente des facteurs sympathiques. En dehors des autopsies, qui, malheureusement, nous manquent aujourd'hui, on peut croire à l'existence des troubles subjectifs d'origine sympathique. Mais Wilson avait parlé déjà de ces faits dans un sens très peu précis. Pour le moment, on doit retenir les données, sans vouloir tirer des conclusions trop rapides.

L'influence des changements atmosphériques sur les dysesthésies, mentionnée par MM. Sebek et Laignel-Lavastine, est aussi discutable. Je sais bien que M. Faure (de Nice) en parle depuis longtemps. Il a publié, même, des observations très probantes. Toutefois, c'est pour moi prématuré — et je crois que pour vous tous également, — d'admettre leur influence décisive.

Nous sommes d'accord, par contre, au sujet des bénéfices tirés de l'emploi du gynergène, ce médicament étant très efficace. Voilà, donc, l'unique épreuve physiologique et thérapeutique que nous pouvons citer au sujet de la pathogénie sympathique.

Le rôle de l'hérédo-syphilis est, peut-être, secondaire.

M. le Professeur Abadie nous a exposé magistralement une partie de l'histoire des troubles sensitifs de la sclérose multiple. Je suis d'accord avec lui quand il parle des enseignements tirés des livres de Cruveilhier, Vulpian, Charcot, Pitres et Freund. En échange, je ne sais pas s'il est possible de croire toujours à une fréquence excessive des douleurs.

M. le Professeur Porot ne compte pas sur les réactions colloïdales, au point de vue diagnostique, parce qu'elles sont négatives quelquefois. Je voudrais bien, d'après mes observations, qu'on arrive à admettre le contraire.

M le Professeur Puussepp nous a cité certains faits cliniques. Je les accepte volontiers, mais, d'après la littérature, la cordotomie est toujours une opération délicate, pas très sûre, et la neurotomie est seulement conseillable dans les névralgies du trijumeau.

M. Anglade songe à établir des rapports entre la sclérose et l'encéphalite. La plupart des auteurs parlent d'une indépendance absolue. Je peux dire seulement ça pour le moment. Il emploie davantage l'adrénaline. Excusez-moi, tout en admettant la réalité des effets constatés, si je vous propose, encore une fois, de faire recours au gynergène.

Enfin, je suis tout à fait d'accord avec le Professeur Ley. Mais je désirerais que vous pensiez constamment, quand j'utilise le mot hystérie, à la constitution hystérique, pas aux symptômes, presque toujours banaux, qui guérissent rapidement par la persuasion.

Pour terminer, faisons attention, maintenant, aux essais de thérapeutique par l'osmium, faits par Jarkowski.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT
DE MÉDECINE LÉGALE
ET
DISCUSSION

LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE PSYCHIATRIQUE CRIMINELLE

RAPPORT DE

M. le D[r] José **SANCHIS-BANUS**

Médecin neurologiste de l'Hôpital provincial de Madrid
Président du « Colegio oficial de Medicos » de Madrid

DES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE PSYCHIATRIQUE CRIMINELLE

MESSIEURS,

C'est pour moi un très grand honneur que de prendre la parole devant un auditoire de confrères compétents venus de toutes les parties du monde. Et le prestige chaque jour plus grand qui entoure les Congrès annuels des aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française ne peut qu'accroître ma dette de gratitude. Puisse la réunion de Barcelone rester dans toutes vos mémoires comme un agréable souvenir.

⁂

Les conditions de l'expertise du médecin psychiatre en matière de Droit criminel peuvent être établies en se plaçant à deux points de vue différents.

On peut déterminer les données concrètes du problème d'après les différents instruments de la Justice Pénale (code, procédure, organisation pénitentiaire, mesures de sécurité, etc.). On peut aussi définir en général la position de l'expertise du psychiatre dans le cadre de ce qu'on appelle la « politique pénale », ce que notre Saldaña désigne par cette expression élégante : « Le Droit Pénal Dynamique ».

La première de ces deux attitudes implique, en bonne logique, la nécessité d'étudier les conditions de l'expertise en fonction d'un pays déterminé et d'une époque déterminée. Le travail de mon distingué collègue M. Vullien répond à ce principe.

Pour le compléter dans la mesure du possible, il m'a paru opportun de me placer au deuxième point de vue : d'établir les conditions de l'expertise d'après les principes communs aux législations de tous les pays à l'heure actuelle.

On sait que les formules du Droit Pénal (les Codes) évoluent toujours entre deux pôles dynamiques, points d'applica-

tion de deux systèmes de forces : d'une part les principes purement scientifiques de la Pénologie ; d'autre part les règles dictées par les mœurs et les circonstances. L'œuvre des spécialistes de Droit Pénal, dans le monde entier, consiste à essayer de rapprocher ces deux pôles, jusqu'à les confondre en un seul qui serait le centre même du Droit Etabli. En attendant que ce résultat soit obtenu, on cherche une série de formules de transition, qui facilitent le rapprochement en question. Ces formules de transition constituent dans leur ensemble ce qu'on appelle la Politique Pénale.

L'expertise du psychiatre est un élément important de la technique et de la théorie du Droit. Il est nécessaire de la situer dans le cadre de la politique pénale. Tel est l'objet que je me suis proposé.

***

La première règle qu'il importe de ne pas perdre de vue quand on essaye de fixer les conditions de l'expertise du psychiatre en matière de Droit criminel est la suivante : l'expertise est destinée à renseigner le juge. C'est le juge qui doit en apprécier le résultat.

Sur ce point concret, il est évident que tous les efforts des médecins pour ébranler ce principe se heurteront à une résistance sociale invincible. L'essence même du concept de la justice pénale, dans tous les temps et dans tous les pays, renferme cette notion qu'il appartient au juge d'apprécier la valeur des preuves.

Si nous considérons le corps social comme un organisme, il y a en lui une tendance instinctive, un effort de réaction nettement canalisé pour mieux réaliser une fin vitale. C'est le souci constant de placer le pouvoir judiciaire au-dessus de tous les autres, de le rendre indépendant de toute contingence ou de tout accident dans la vie de la nation. C'est pourquoi la justice ne doit être l'apanage d'aucune classe sociale. Sans doute, en fait — tout au moins actuellement — elle s'appuie sur la classe triomphante. Mais l'idéal consiste toujours à la soustraire à toute autre influence que celle du pur et froid principe de rétribution.

On ne saurait accorder aux médecins psychiatres le privilège attentatoire à cette indépendance instinctive de la justice, de conditionner la liberté de jugement de l'homme de loi. Au moment de prononcer son arrêt, un tribunal est la représen-

tation condensée de l'état entier, de toutes ses classes et de tous ses groupes. Les médecins, fussent-ils des experts, fussent-ils des psychiatres, fussent-ils en grand nombre ou même unanimes, ne peuvent jouer un autre rôle que celui d'une partie, contribuant avec d'autres de même importance et de même valeur à la réalisation d'un tout qui est l'arrêt.

Il est donc nécessaire d'affirmer que l'expertise du psychiatre est destinée à servir d'élément d'appréciation au juge. Et il faut ajouter que les psychiatres ne peuvent inscrire dans leur programme de réformes pénales l'abolition de ce droit de la justice. Et dans l'exposé des conditions fondamentales de l'expertise, il convient d'inscrire en tête ces simples mots : « Il est nécessaire de convaincre le juge. »

***

J'ai dû, en formulant cette règle, employer un verbe de sens trop actif. *Convaincre* implique l'idée de *vaincre* des résistances. Et il semble en théorie que celui qui demande une information quelconque ne devrait pas se trouver par rapport à ceux qui la lui procurent, dans un état d'esprit de nature à faire naître aucune espèce de conflit. Cependant la réalité est tout autre, et l'on a chaque jour la preuve que l'esprit du juge n'est généralement pas porté à se laisser pénétrer par des raisons et par des évidences d'ordre médical. Cette mentalité est la conséquence de deux groupes de causes. En premier lieu, elle est l'expression, dans un ordre d'idées particulier, de l'hostilité sociale contre les médecins. Par un processus très naturel de condensation, les médecins sont le symbole de la maladie, et l'instinct par antonomase, « l'instinct de vivre » les repousse. Mais en outre et en deuxième lieu, juristes et psychiatres défendent sur le problème du délit deux conceptions irréductibles. Le juge considère le délit comme un attentat au droit codifié (*nulla culpa sine lege*), pour assurer la meilleure survivance du Corps social. Fruit d'une intelligence qui peut discerner le bien du mal, et d'une volonté libre qui peut décider l'action dans l'un ou l'autre sens, le délit est une agression de l'individu contre la société engendrée par le choc d'intérêts momentanément opposés.

Par contre, le psychiatre se fait une idée entièrement différente du délit. Pour lui, il s'agit seulement d'un épisode de la conduite humaine, qui lui paraît d'autant moins étrange,

que précisément son expérience se fait sur des manières d'agir qui sortent de l'ordinaire.

Cette conception « conductiste » du délit à laquelle incline naturellement le psychiatre en raison de son éducation est très simple. Elle est fille de la psychologie génétique. La conduite humaine est la série des réactions devant les excitations du milieu extérieur. Mais ces réactions ne sont pas arbitraires : elles se font dans un sens fixe, conformément à certaines normes préétablies. Ces normes peuvent découler de l'expérience antérieure de l'espèce. Elles constituent alors des modes d'action rigides, élémentaires, très peu adaptables, que le sujet reçoit avec le fonds héréditaire et qu'on appelle instincts. Dans d'autres occasions, la conduite humaine se développe en fonction des conditions de vie de l'individu lui-même. Les faits mnémoniques emmagasinés par lui conditionnent le sens des réactions aux excitations extérieures. Plus l'expérience individuelle est étendue (et je prends ici le mot expérience au sens psychologique, entendant par là la capacité de percevoir tous les composants d'un mode d'existence, de les emmagasiner et de les évoquer d'une manière adéquate), plus grande est la complexité du système des excitations perçues et plus finement adaptée sera la réaction, qu'alors la psychologie classique appelle intelligence.

Mais l'intégration dans la conduite des expériences individuelles n'efface ni ne détruit les voies tracées par l'hérédité. Elle ne fait que les conditionner. Aussi, adoptant pour cette succession de modes de la conduite humaine une représentation spéciale, Jackson parlait, il y a cinquante ans, de couches ou de niveaux (level) des fonctions du système nerveux. Dans les strates les plus profondes de la personnalité, l'action n'obéit qu'à la poussée des tendances instinctives. Parmi ces tendances les plus élémentaires sont celles qui occupent un niveau fonctionnel immédiatement supérieur à celui des réflexes qui commandent la conservation de notre vie individuelle. L'incorporation des apports successifs au fonds d'expériences qui détermine nos actes se fait dans l'ordre suivant : dans le cercle des intérêts vitaux du sujet s'inscrivent d'abord la famille, ensuite la société, plus tard l'humanité entière. Par suite, les règles d'adaptation sociale s'incorporent dans une couche relativement superficielle de la personnalité. Et ainsi, le délit nous apparaît naturellement comme le résultat d'un processus dans lequel la conduite humaine s'oriente d'après les

ordres dictés par les couches les plus profondes de la personnalité. C'est dire que — pour parler le langage de Jackson — le délit est un fait de dissolution des fonctions du système nerveux. Et, comme c'est un symptôme positif, son mécanisme doit être forcément celui d'une « libération » ; ce sera l'activité d'une couche inférieure mise en jeu d'une manière autonome et désordonnée par l'inhibition des couches suprajacentes (release phenomenon). Dans certains cas, il s'agit moins d'une inhibition que d'un développement incomplet. Mais, quel que soit le mécanisme, il est évident que dans l'acte du délit, c'est toujours l'instinct qui prend les rênes de la conduite.

Telles sont les deux conceptions contradictoires du délit. D'un côté, les juristes avec leur croyance en une délibération intelligente et en une décision libre. De l'autre, les psychiatres, qui voient dans le délit un fait de la conduite humaine, fruit de la dissolution des fonctions les plus élevées du système nerveux. Deux points de vue aussi opposés ne sauraient facilement se concilier.

Mais, d'autre part, on reproche constamment aux experts psychiatres leur incompréhension de cette attitude juridique. On les exhorte constamment à rapprocher leurs opinions (tout au moins au moment de servir les fins de la justice), du dogme de l'intelligence et de la volonté libre. Il n'est pas douteux que les médecins s'efforcent en général de satisfaire à ce désir. Mais la bonne volonté n'est pas réciproque. Les juristes continuent à se renfermer dans leur position. Et peut-être ne sera-t-il pas oiseux de formuler ce vœu :

Puisque l'expertise du psychiatre doit être appréciée par un juge, il serait à désirer que la préparation professionnelle des hommes de lois s'orientât de plus en plus dans le sens biologique.

*
**

Supposons pour un moment — par une sorte de rêve complaisant — que nous avons obtenu la réalisation de ce vœu. Imaginons que, sans se croire obligés de bouleverser l'essentiel de nos législations actuelles, les hommes de loi deviennent accessibles à nos raisonnements. De toute manière, leur critique, toujours vigilante, ne consentirait à donner de valeur à ces expertises que quand elle les verrait accomplies en accord avec les deux grands principes reconnus par eux,

c'est-à-dire quand l'expert serait à la fois compétent en la matière et libre dans sa détermination.

Signalons en passant, sans trop nous attarder à discuter des choses évidentes, les deux écueils les plus visibles qui peuvent ruiner la valeur de l'expertise du psychiatre, son incompétence ou une atteinte à sa liberté de jugement.

Grave, très grave est l'erreur qui subsiste encore dans de nombreuses législations, selon laquelle un médecin — quel qu'il soit — peut être désigné comme expert psychiatre. Elle est beaucoup plus grave encore dans un pays comme le nôtre où l'enseignement de la psychiatrie n'existe pas.

Nos médecins judiciaires et nos professeurs de médecine légale, qui ont officiellement une capacité spéciale pour des expertises de psychiatrie, ne l'acquièrent qu'en passant un examen dont certaines épreuves se rapportent à la psychiatrie, et l'on peut satisfaire brillamment à ces épreuves en parcourant sommairement un manuel quelconque. Je ne prétends pas dire qu'il n'y ait pas parmi eux d'excellents psychiatres. Mais j'affirme que ce n'est pas nécessairement à cause du titre qu'ils détiennent. Et ce titre est le seul requis, le seul que la loi exige d'eux pour les déclarer spécialement aptes à l'expertise de psychiatrie.

La psychiatrie comme le reste de la médecine ne peut s'apprendre que sur des malades. Ne peut être expert psychiatre quiconque n'a pas été attaché durant une longue période à une clinique de maladies mentales. L'application de ce principe à la procédure légale pourra être différente dans ses détails, pour chaque pays. Mais il est indispensable que le titre d'expert en matière de médecine mentale ne puisse être obtenu en aucun cas sans un séjour prolongé dans une clinique de psychiatrie.

En ce qui concerne les entraves à la liberté du spécialiste, au moment de formuler le résultat de l'expertise, une mesure radicale s'impose. Elle rendrait automatiquement toute sa vigoureuse autorité à la conclusion de l'expert. C'est la suppression de la désignation directe. Ainsi, l'expert relèverait toujours de la justice, jamais de l'accusation ou de la défense.

Mais si cette mesure était considérée comme attentatoire à la liberté sacrée de l'accusé, qui doit pouvoir conduire sa défense comme il l'entend, il existe une technique beaucoup plus scientifique pour laver l'expertise de tout soupçon de

partialité : établir la règle que tout détenu préventif soit soumis à une observation psychiatrique et que le rapport qui en découle sur l'état mental du détenu soit formulé. De plus, cette méthode éviterait les tournois oratoires du jugement oral, qui portent un tel préjudice au prestige de notre science.

Ce péché d'incompétence dont on accuse les experts, et qui, en toute logique, invalide complètement leur intervention, est souvent commis, non par défaut de préparation de la part du médecin, mais parce que le juriste lui pose des problèmes dont la solution n'entre pas dans les possibilités techniques du psychiatre. On demande au spécialiste des maladies mentales des choses pour lesquelles il manque de toute compétence spéciale. Sous prétexte qu'il connaît l'âme humaine, on lui formule des questions auxquelles le psychiatre n'est ni plus ni moins préparé à répondre qu'un citoyen quelconque. Et c'est alors que les hommes de loi l'accusent d'incompétence. Il l'est évidemment en tout ce qui ne concerne pas la psychiatrie. Pourquoi lui pose-t-on des questions qui s'en éloignent ?

Le problème de l'expertise psychiatrique serait très facilement résolu si nous obtenions, nous, les médecins, qu'on ne nous pose que des questions concernant exclusivement des problèmes de médecine mentale. Ce sujet est-il atteint de maladie mentale ? De quelle maladie souffre-t-il ? Quel est vraisemblablement le sens de ses réactions dans une ambiance donnée ? La maladie dont il souffre aurait-elle pu se guérir, se retarder ou s'aggraver ? Voilà de bonnes questions psychiatriques sur lesquelles l'homme de loi doit exiger du médecin des réponses concrètes, claires, utiles à ses fins. Mais, au lieu de cela, que nous demande-t-on ? « Le fait dont il s'agit est-il imputable à l'accusé ? » « L'accusé est-il responsable du délit qu'on lui impute ? » On ne réitèrera jamais assez le vœu de voir le médecin psychiatre soustrait à toute recherche en rapport avec le problème métaphysique de la responsabilité.

Le concept de la responsabilité a des racines complètement étrangères à la psychiatrie. Elles croissent dans le terrain de la Philosophie, de la Politique, du Droit. Notre interprétation biologique diffère sensiblement de celle qui dérive de ces sciences. Il nous suffit de rappeler les affirmations de la néopsychanalyse, avec son concept du surmoi et les conséquences qu'Alexander en a tirées pour comprendre que la

peine, considérée du point de vue biologique, n'est ni une vengeance, ni une punition, ni une réaction du Corps social, mais une expiation. Une expiation qui permet au surmoi, procureur public de toute la conduite humaine, de transiger avec le moi réel, délinquant. C'est pourquoi nous ne pouvons enlever à la peine son caractère d'agression contre le délinquant. C'est précisément dans ce caractère d'agressivité, qui nous paraît inhumain, que se trouve le point où l'intérêt vital de la Société et l'intérêt vital du délinquant se fondent pour n'en faire qu'un.

La notion de la responsabilité est donc très vieille. Mais, telle que la comprennent les Codes actuels, elle a son origine immédiate dans « la Déclaration des droits de l'Homme ». L'homme, conçu comme un être intelligent et libre, doit, par une nécessité logique, se considérer comme responsable de ses actes. La conséquence immédiate se devine facilement, celui qui n'est ni libre, ni intelligent est irresponsable. Et, autour de la première ébauche de psychiatrie scientifique, fille d'Esquirol, s'élève la préoccupation collective de l'irresponsabilité du malade mental.

Pour cette raison, d'après une certaine logique, quelques codes dont la rédaction a été très critiquée unissaient le concept de la responsabilité et celui de la santé mentale. C'est ainsi que le Code français de 1810 et celui qui vient d'être aboli chez nous, déclaraient irresponsables « le dément » et « le fou et l'imbécile ».

Là se trouve la cause véritable de l'habitude acquise par les hommes de loi de questionner les psychiatres sur la responsabilité des délinquants. Parce que leurs jugements ont été forgés sur l'enclume des Codes, dans lesquels irresponsable était synonyme de malade mental.

Et, même ainsi, quand le problème est un problème de « santé ou psychose », c'est-à-dire quand on se trouve en présence d'une maladie constituée, il n'est pas douteux que l'expertise psychiatrique pourra trancher la question.

Mais les juristes et les médecins se sont promptement et simultanément rendu compte que, dans l'immense majorité des cas, la question n'est pas de savoir si le délinquant est un malade mental. On commet rarement un délit poussé par des troubles psychotiques ; le délit peut seulement se produire au cours de la vie en commun et le psychosique est promptement isolé dans un dessein de guérison, à l'exception d'un

petit nombre de cas sur lesquels l'expert, en plein exercice de sa mission psychiatrique, fera son rapport en temps utile.

En revanche, tous les ouvrages de psychiatrie criminelle (il suffit de citer en passant le livre classique de Birnbaum, l'ouvrage plus récent de Lange, les travaux si intéressants de Bern Karpmann, etc.) démontrent que, dans l'immense majorité des cas, les délinquants qui ont servi de sujet à une étude psychiatrique sont psychopathes, c'est-à-dire en possession d'une anomalie constitutionnelle, d'un état pathologique.

Les Corps judiciaires, obligés d'adopter une formule d'ensemble, et poussés à cela par les clameurs des médecins eux-mêmes, ont évolué dans le sens des « formules psychologiques de l'irresponsabilité ». Essentiellement, toutes coïncident dans les mêmes termes. L'article 55 de notre Code actuel, tout comme l'avant-projet allemand de 1909, lie la responsabilité à la perte de la conscience de l'injustice de l'acte, et de la liberté de décision.

Du point de vue psychiatrique, la délimitation objective de ces deux circonstances est extraordinairement difficile. L'expression que les Codes emploient est d'un caractère disjonctif. Et, quand le tribunal demande à l'expert si le délinquant est responsable, il formule en réalité cette double question : a-t-il la capacité de comprendre l'injustice de son acte, ou lui manque-t-elle ? Possède-t-il la liberté de décider de ses actes ou lui manque-t-elle ? Une réponse négative de l'expert à une seule de ces questions comporte la négation de la responsabilité par l'expert.

Le psychiatre peut-il, par ses propres moyens d'investigation, répondre à l'une ou l'autre de ces deux questions psychologiques ? Possède-t-il quelque technique absolument objective, impersonnelle, libre de l'influence des appréciations passionnées, au moyen de laquelle il puisse résoudre le problème si grave de la responsabilité pénale ainsi comprise ?

D'une façon générale, notre réponse ne peut être que *négative*. Je dis d'une façon générale parce que, sans aucun doute, dans un nombre réduit de cas, il peut être possible de résoudre ce grand problème par des moyens psychiatriques. Mais pour nous convaincre que le nombre en est réduit, il suffit de passer nos forces en revue.

De quels moyens disposons-nous pour apprécier si un sujet est capable ou non de comprendre l'injustice de son acte ? Il faudra tout d'abord ne pas oublier que le caractère illicite

d'un acte au sens juridique peut être ignoré sans qu'il y ait là un symptôme d'infirmité ou d'anomalie mentale. Il est sûr que la société postule, pour son existence et son développement, certaines normes, tracées depuis un temps immémorial. Il y a des actes qui enfreignent ces normes ; de tels actes sont contraires au « minimum éthique » (Manjini). Les normes en question sont bien gravées dans la conscience publique, qui proteste rapidement lorsqu'elles sont violées. Il y a donc sans aucun doute des matières où n'importe quel homme perçoit instinctivement le caractère illicite du délit. Mais il est certain cependant que parfois le précepte légal dépasse tellement cette espèce de sens juridique de la multitude, que seul celui qui connaît parfaitement la lettre écrite de la loi peut apprécier l'injustice d'un acte déterminé.

En laissant de côté cette objection, il faut avouer que, pour des raisons psychiatriques, le coupable d'un délit peut n'avoir pas la notion du caractère illicite de l'acte qu'on lui impute. Dans les cas extrêmes, ainsi que nous l'avons dit plus haut, on ne peut guère permettre aux psychiatres de doutes ou d'hésitations. Que peut-on imputer en matière pénale à l'oligophrénique grave, au dément dont l'intelligence est en voie de pleine destruction, ou au confus ? Et comment un psychiatre médiocrement expérimenté hésiterait-il à formuler un diagnostic précis de ces cas bien définis d'infirmités mentales ?

Les difficultés graves commencent avec les cas-limites, les types de transition, tous les individus qui se placent aux frontières de la débilité mentale, du retard pédagogique, et de l'oligophrénie légère. Ce sont précisément ceux-là qui enrichissent les statistiques pénitentiaires, ceux pour lesquels il est le plus nécessaire juridiquement de fixer le quantum de leur capacité de compréhension, et de conclure si elle leur suffit à connaître et apprécier les normes légales. Et pour faire face à ces difficultés, le psychiatre ne possède comme instrument de travail objectif que les méthodes dites psychométriques.

Je ne veux pas répéter ici une critique générale des techniques psychométriques, qui serait ici sans objet. On me permettra de dire seulement que l'expert psychiatre en droit criminel doit adopter avant tout un concept pragmatique de l'intelligence au lieu d'un concept quantitatif. Il n'importe pas de savoir si le coupable possède peu ou beaucoup d'intelligence. Il importe au contraire de savoir si celle qu'il possède

lui sert à connaître les relations juridiques. Et répondre à cette question par un chiffre qui exprime en années et en mois l'âge mental d'un homme, c'est obnubiler d'une double fiction notre science pure : d'abord en acceptant comme bon le fondement des méthodes psychométriques ; ensuite en offrant leurs résultats au profane homme de loi pour qu'ils servent de base à une pseudo-interprétation psychiatrique des codes.

Malgré ces graves inconvénients, on utilise fréquemment les chiffres psychométriques dans l'expertise psychiatrique. Nous devons supporter cet état de choses comme une espèce de compromis entre les exigences de la science pure et celles de la pratique, comme une véritable mesure de politique pénale psychiatrique.

Je crois utile de signaler en passant les résultats de mes travaux sur ce sujet : avec la collaboration d'Aldama, et en utilisant la technique de Terman, j'ai étudié le niveau mental moyen de l'homme normal du peuple espagnol. Le chiffre le plus bas, parmi tous les cas étudiés de gens socialement normaux (vivant de leur travail et conformément aux lois), nous est fourni par un adulte de vingt-quatre ans, journalier, avec trois ans de fréquentation scolaire, — qui donne le chiffre de neuf ans deux mois. Les chiffres d'ensemble démontrent que sur cent sujets socialement normaux en Espagne, quatorze ont entre neuf et onze ans d'âge mental, trente-deux entre onze et treize ans, vingt-huit entre treize et quinze ans, seize entre quinze et dix-sept ans, seize plus de dix-sept ans.

Il résulte de ces chiffres que l'âge mental moyen de l'homme du peuple espagnol oscille entre onze et treize ans. Un âge mental de neuf à onze ans permet à un sujet de se développer normalement dans le milieu social espagnol. Les chiffres inférieurs à neuf ans ne sont pas compatibles avec une vie normale.

Il est clair qu'il faudrait obtenir une contre-épreuve théorique à ces affirmations qui attribuent quelque valeur à l'âge mental, pour fixer la capacité de comprendre le caractère illicite du délit, comme élément d'irresponsabilité : ce serait le pourcentage (pris également dans le milieu espagnol) de l'âge mental des délinquants. Mes premières constatations sur ce terrain sont très peu concluantes.

Donc, lorsqu'il s'agit de déterminer le degré de capacité d'un sujet à comprendre le caractère illicite d'un délit, le médecin psychiatre ne possède qu'un instrument de travail

défectueux : les méthodes psychométriques. Et s'il se voit obligé parfois de les employer pour répondre aux questions de l'homme de loi, il ne doit en aucune façon les considérer comme des méthodes idéales, échappant à toute critique.

Quant à établir si le coupable était libre ou non de se déterminer au moment de commettre le délit — seconde condition psychologique de la responsabilité selon le code — il est complètement impossible ici que le psychiatre et le juriste s'entendent : ils parlent des langues différentes. Pour essayer de comprendre le sens que la loi donne au « libre-arbitre », on peut envisager les cas particuliers. En général, les hommes de loi admettent que la liberté est diminuée si l'on agit sous l'impulsion d'un sentiment dominant. Il semble donc que « liberté » signifie « froideur affective » dans le jugement. Mais est-il normal que le sujet délibère dans un état de neutralité sentimentale, cet état dans lequel le raisonnement serait une espèce de match de boxe entre le pour et le contre, où l'esprit ne serait que le théâtre de cette lutte ?

Dans le mécanisme normal de l'acte volontaire, le stimulant évoque toutes les représentations et *aussi toutes les passions* unies par analogie ou par discordance ; ainsi se constituent de véritables constellations d'idées et de sentiments qui, s'ils sont affectés de signes contraires, doivent s'inhiber mutuellement pour se réaliser ; de ces constellations, l'une est la plus forte et triomphe, se réalisant dans l'acte. Au sens psychiatrique, il est inconcevable qu'on puisse parler du libre-arbitre ou de son absence. En face d'un stimulant quelconque, il est certain que le sujet peut répondre par une foule de réactions différentes, qui offrent à l'action un vaste champ de possibilités. Mais le fait d'adopter l'une d'entre elles est simplement le résultat de la pression qu'exerce un sentiment dominant. De là vient que, lorsque l'expert juriste parle du libre-arbitre comme facteur de responsabilité, il use d'une langue que le psychiatre ne peut comprendre et dans laquelle il lui est impossible de répondre.

Ces deux points de vue presque parallèles ne pourront coïncider que dans un idéal lointain : lorsque la peine sera remplacée par le traitement pénal, le délit commis par le danger d'un état chronique, lorsque par conséquent le médecin n'aura pas à mesurer le degré de culpabilité de l'accusé, mais la facilité à pécher que lui donnaient ses prédispositions.

De tout ce que nous venons de dire, il semble légitime de tirer les conclusions suivantes :

1) L'expertise psychiatrique en matière de droit criminel est destinée à convaincre le juge. En ce sens, il est à souhaiter que la culture des hommes de loi s'oriente de plus en plus dans le sens biologique.

2) L'expertise psychiatrique doit être compétente et libre :

a) quant à la compétence, — on adoptera les mesures compatibles avec la procédure de chaque législation pour éviter qu'une expertise psychiatrique soit jamais confiée à un médecin qui n'aurait pas fait un long stage comme interne dans un établissement psychiatrique.

b) Quant à la liberté :

1) On adoptera des mesures destinées à empêcher la désignation directe des experts par les parties.

2) Ou par ailleurs, on déclarera obligatoire l'examen psychiatrique de tout sujet détenu en prison préventive.

3) Il est nécessaire que l'expertise psychiatrique porte exclusivement sur des problèmes psychiatriques. La tendance actuelle des codes étant de formuler la responsabilité en termes psychologiques (conscience du dommage et liberté d'action), il est nécessaire de déclarer qu'*un psychiatre ne peut déterminer par les données de sa science si un coupable est responsable ou non du délit qu'il a commis*. Et cela parce que:

a) Un psychiatre ne peut vérifier par les moyens propres à la science si un sujet est capable ou non de comprendre le caractère illicite de ses actes.

b) Un psychiatre ne peut vérifier par les moyens propres à la science si un sujet est libre ou non de se déterminer.

4) Le délit est un moment de la conduite humaine qui suffit au processus de dissolution et de libération de certains strates de la personnalité.

La justice pénale de l'avenir devra s'appuyer sur la psychiatrie comme sur la science pour elle fondamentale. Mais actuellement l'expertise psychiatrique en matière criminelle doit se réduire au diagnostic des cas cliniquement incontestables.

LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE PSYCHIATRIQUE CRIMINELLE

(LES ANNEXES PSYCHIATRIQUES DES PRISONS)

Rapport de

M. le Dr VULLIEN

Médecin des Asiles d'Aliénés
Chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Lille

LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE PSYCHIATRIQUE CRIMINELLE

(LES ANNEXES PSYCHIATRIQUES DES PRISONS)

Il ne faut pas nous laisser représenter oublieux des réalités, perdus dans nos classifications, égarés dans l'analyse psychologique et la dissection du psychisme. Si, impressionnés par la fragilité de la personnalité humaine, nous sommes désireux de voir la Justice en tenir compte, nous cherchons cependant avant tout à apporter à la société les solutions pratiques qu'elle est en droit d'attendre de nous.

Pr RAVIART.

AVANT-PROPOS

La psychiatrie médico-légale est une science de fraîche date, encore qu'on en trouve des rudiments à presque toutes les époques de l'histoire du Droit. C'est ainsi que les juristes romains de l'époque impériale admettaient déjà l'irresponsabilité de l'aliéné et développaient sur ce thème de justes considérations ; au XVIe siècle, sous l'influence de médecins comme Paulus Zacchias, on commençait à entrevoir l'importance des facteurs subjectifs de l'imputabilité et à discerner les bases d'une psychologie juridique. Ce n'est pourtant que depuis le dernier siècle qu'on entend parler d'expertise mentale médico-légale.

Les quarante premières années du XIXe siècle furent pour la nouvelle science l'époque héroïque : ce fut l'époque des luttes acharnées entre médecins et philosophes pour le monopole de la compétence en matière de folie (1) ; ce fut aussi l'épo-

(1) La lutte n'a d'ailleurs pas encore pris fin et de ci de là les philosophes marquent un point. C'est ainsi qu'en Hollande, c'est à des psychologues qu'est confiée la mission d'examiner les enfants délinquants.

que où les « honnêtes gens » forts de leur « bon sens » entendaient trancher les questions les plus complexes de psychopathologie, et où Regnault, avocat à la Cour, proclamait que « l'ignorant avait sur le médecin l'avantage d'être étranger à toute prévention scientifique »...

Ces temps sont révolus : la psychiatrie a fait de tels progrès que nul à présent ne songerait à nier la compétence des médecins qui s'y sont spécialisés et que depuis longtemps, le principe de l'expertise mentale ne rencontre plus d'opposition sérieuse.

Et cependant, dans la pratique, des difficultés subsistent ; dans le prétoire où il est assez fréquemment convié, l'aliéniste ne jouit pas encore toujours de la confiance qui devrait être accordée à un expert. L'habitude s'est prise de discuter ses arguments, de mettre en doute ses appréciations. Celui-ci lui reproche un langage obscur, semé de termes incompris des profanes, cet autre lui pose des questions tendancieuses sur des points de psychologie transcendante, cet autre encore lui fait grief de ses hésitations, de ses incertitudes, si honnêtement il les a laissé entrevoir, et l'invite, non parfois sans ironie, à formuler des conclusions plus précises...

Certes, de sa nature même, l'expertise mentale appelle la discussion. Une analyse psychologique n'aura jamais les qualités d'exactitude d'un protocole d'autopsie ; l'étude d'un caractère de psychopathe fait de fondus, de nuances, de demiteintes n'a rien de comparable avec un examen de plaie par balle ou avec une analyse toxicologique de viscères suspects : elle ne peut aboutir à des conclusions aussi nettes, aussi impératives.

Il n'en est pas moins vrai que certains rapports, parce que l'indigence documentaire s'y dissimule mal sous le voile des hypothèses et des interprétations ambiguës, prêtent le flanc à la critique. Mais de cela, ce n'est pas à l'expert qu'il faut faire grief, mais bien le plus souvent aux conditions défectueuses dans lesquelles il procède à sa mission.

Il est des pays où des efforts ont été faits pour améliorer ces conditions, et où d'importantes réformes ont été mises à l'étude et effectuées. En Belgique, des annexes psychiatriques ont été créées dans les grandes prisons du Royaume ; en Italie, des annexes biologiques fonctionnent à Rome, Turin, Gênes et Milan.

Mais la poussée réformatrice est loin d'avoir été générale.

En France, pour ne citer que cet exemple, l'expert psychiâtre ne peut pas toujours remplir sa mission comme il le souhaiterait, et le Pr. Claude a dès longtemps jeté le cri d'alarme : « Il nous est arrivé maintes fois, en déposant aux Assises, « écrit-il, d'être obligé de reconnaître le caractère incomplet « de notre expertise, et même ses lacunes graves, résultant « de l'impossibilité où nous fûmes placé de procéder à un « contrôle de certaines manifestations psychopathiques ou de « certaines crises. »

Il ne faut voir dans ce qui suit qu'un plaidoyer pour les Annexes psychiatriques des prisons. J'ai cru bien faire en donnant quelque extension au sens du mot « conditions » et, au risque de fouler des sentiers très battus, en jetant un coup d'œil d'ensemble sur tous les à-côtés de l'expertise psychiatrique criminelle pour essayer de faire ressortir ce qu'il peut y avoir d'imparfait dans ces diverses contingences. La nécessité d'une réforme prompte n'en apparaît que mieux.

Voici le plan que j'ai adopté :

Conservant la division classique en conditions subjectives et objectives, j'étudie plus particulièrement, sous la dernière rubrique, les trois points ci-après :

A) Les règles qui président au choix des sujets à expertiser (*conditions générales*).

B) Le milieu et les moyens (*conditions matérielles*).

C) La rédaction de la mission d'expertise (*conditions morales*).

Un dernier chapitre traite des réformes nécessaires.

Je réserve un appendice à quelques considérations sur les conditions de l'expertise mentale des enfants délinquants.

***

I. LES CONDITIONS SUBJECTIVES DE L'EXPERTISE MENTALE

Il n'y a pas à insister longuement sur les conditions subjectives de l'expertise. Du fait des progrès de la psychiatrie, du fait aussi du long stage clinique et des concours difficiles imposés aux médecins désireux de s'y spécialiser, la valeur scientifique des experts, leur habileté technique, ne peuvent guère entrer en discussion.

Encore l'expertise ne doit-elle être confiée qu'à des aliénistes

nettement spécialisés. Des rudiments de psychiatrie, tels qu'en possède par exemple tout médecin praticien, ne peuvent pas être considérés comme des garanties suffisantes quand il s'agit d'un examen dont dépendent la liberté, l'honneur et parfois la vie d'un individu.

L'irrémissibilité des solutions juridiques est incompatible avec une erreur de diagnostic ; or, s'il est des cas simples d'appréciation aisée, il en est beaucoup plus fréquemment de complexes, dont l'explication réclame toute l'habileté et la sagacité d'un psychiâtre expérimenté.

Pour ces raisons majeures, il apparaît nécessaire de disjoindre définitivement de la médecine légale toute l'expertise psychiatrique, et de la réserver aux aliénistes.

***

II. LES CONDITIONS OBJECTIVES DE L'EXPERTISE MENTALE

Conditions générales

Dans un pays où l'examen mental des malfaiteurs est facultatif, le choix des sujets à faire examiner par le médecin-expert n'est et ne peut être codifié par aucune règle précise. Le plus souvent l'expertise est sollicitée par l'avocat impressionné par les tares ancestrales ou les antécédents morbides de son client, ou simplement soucieux dans certains cas de trouver dans la notion d'un déséquilibre psychique, si léger soit-il, un argument de poids pour sa plaidoirie future.

D'autres fois, ce sont des troubles survenus explosivement à la prison même, agitation délirante ou dépression plus ou moins stuporeuse qui motivent la décision du magistrat, justement inquiet d'une simulation possible.

Mais combien par contre de grands malades à la liberté morale gravement compromise échappent au contrôle psychiatrique, simplement parce qu'ils sont apparemment lucides et que, dans la conversation courante, les symptômes trop ténus de leur déséquilibre mental ne peuvent être perçus que par un spécialiste !

En fait, le pourcentage des expertises reste peu important. La genèse morbide de bien des délits et des crimes passe inaperçue et les tribunaux en condamnent les auteurs, sans savoir

qu'ils condamnent ainsi des aliénés ou de grands psychopathes.

A) L'importante question des aliénés dans les prisons a été bien des fois soulevée (Taty, Pactet et Colin, Régis, Monod, etc...).

Théoriquement, elle est simple : la présence d'un aliéné dans un établissement pénitentiaire est inadmissible dans tous les cas ; s'il peut y avoir discussion sur la conduite à tenir à l'égard d'un psychopathe conscient et plus ou moins intimidable, il n'en est plus de même quand il s'agit d'un aliéné échappant par définition à toute sanction judiciaire.

Pratiquement, l'expérience démontre que dans les prisons il y a encore des déments précoces, des paralytiques généraux, des organiques, ...soit que leur méfait ait coïncidé avec un début ou une rémission de l'affection mentale, soit que leurs troubles, légers à l'époque du jugement, aient été tenus pour des manifestations d'originalité, pour du cynisme ou de la simulation.

Un jour arrive où, parce que les troubles mentaux deviennent évidents, ou parce que, vers son terme, la maladie se traduit par de l'agitation désordonnée, on fait enfin appel à l'aliéniste. Mais cette mesure tardive est alors trop souvent inopérante : déjà il n'y a plus de ressources pour le paralytique grabataire ou en imminence de marasme, ou pour le schizophrène dont un refus prolongé d'aliments a irrémédiablement compromis l'existence.

Les exemples abondent et l'on pourrait sans difficultés les multiplier : ici, c'est un maniaque-dépressif resté insoupçonné jusqu'à la tentative de suicide ou d'auto-mutilation ; là, c'est un épileptique qui dans un accès de fureur morbide a tout saccagé dans sa cellule ; ailleurs, c'est un persécuté méconnu ou tenu pour un neurasthénique sans importance qu'une impulsion délirante a précipité l'arme haute sur un gardien ou un prisonnier ; partout, ce sont des événements dramatiques plus ou moins graves qu'une expertise mentale pratiquée en son temps aurait pu éviter.

Et ce sont là des faits constatés. Ils sont peu fréquents, dira-t-on; au regard de la Justice absolue ils ne le sont que trop encore.

B) Si dans les prisons la méconnaissance de l'aliéné est l'accident, la méconnaissance du psychopathe devient presque la règle. Toute question de sentimentalité mise à part, il faut

bien reconnaître que, faute d'un dépistage précoce, la société est mal défendue de ces victimes de là fatalité physiologique qui, entre tous les criminels et délinquants, sont ses plus dangereux adversaires.

Parce qu'ils sont généralement d'humeur calme, parce que leur mémoire est excellente et qu'ils s'expriment pertinemment, bref, parce que le côté morbide de leur psychologie n'est pas assez manifeste, bien des psychopathes, au cours de leur longue carrière de délinquant, n'abordent jamais l'expert aliéniste. Au nombre de ces « oubliés », il faut citer comme types les plus communément répandus :

Les amoraux,
Les impulsifs,
Les instables,
Les suggestibles,
Les passionnés.

Les amoraux. — Le doute qui pouvait persister sur la nature morbide de l'amoralité a été levé au cours des dernières années. On peut dire que la révélation des démences morales a démontré par contre-coup l'existence de l'idiotie morale.

Un processus toxi-infectieux banal, atteignant le cerveau à un stade quelconque de son évolution, peut se traduire par une régression du sens moral : telle est la règle. Peu importe qu'il s'agisse d'infection au cours de la vie fœtale ou d'encéphalite discrète de la première enfance, peu importe qu'on décèle à l'origine des troubles une encéphalite épidémique, une fièvre typhoïde (Heuyer), une infection vaccinale (Raviart), un trauma cranien, etc... : pour l'expert psychiâtre, il n'est qu'un fait qui compte : l'aptitude à la délinquance réalisée *isolément* par des facteurs organiques.

On a trop tendance à rattacher les délits et les crimes à des causes objectives aisées à mettre en évidence : mauvaise éducation, tentation, appât du gain et du plaisir, etc... et l'on en néglige, parce qu'on ne la discerne pas immédiatement, la genèse pathologique pourtant souvent capitale. J'ai relevé jadis l'observation d'un jeune post-encéphalitique qui, parce que sa maladie avait été méconnue à sa période aiguë, fut considéré et condamné comme un malfaiteur banal jusqu'au jour tardif où l'apparition d'un syndrome parkinsonien révéla la cause profonde de ses délits. Je ne relate le fait que parce que l'erreur y est particulièrement choquante: en dehors de toute

considération de traitement et de contagion possible, il eût été désirable que cet infirme fut étiqueté dès le début de son incarcération, même si la conduite à tenir à son égard ne devait pas s'en trouver sensiblement modifiée.

Le même raisonnement vaut pour les amoraux constitutionnels trop souvent méconnus et destinés à le demeurer leur vie durant. Il importe de les reconnaître, de les dépister précocement, ne serait-ce que pour signaler leur nocivité et leur inintimidabilité, et pour rechercher les moyens d'en préserver la société.

Les impulsifs. — Bien que n'accusant généralement pas d'accidents moteurs dans leurs antécédents, les impulsifs n'en doivent pas moins souvent être considérés comme des épileptiques. De l'épileptique, ils ont l'irritabilité et la brutalité foncières, ils ont les réactions paroxystiques aveugles, ils ont aussi la légère hébétude habituelle, parfois l'abord aimable et doucereux, ils ont tout en un mot, *sauf la crise.*

C'est parce que la crise manque au tableau, alors que pour les profanes elle passe toujours pour pathognomonique de la comitialité, que les impulsifs ne sont presque jamais présumés malades ; aussi, n'est-ce qu'exceptionnellement qu'ils sont soumis à l'examen de l'expert.

D'ailleurs de toutes façons, il semble que la médecine légale de l'épilepsie doive être révisée. En l'état actuel de la science, on ne peut plus considérer l'épilepsie comme une maladie intermittente ; c'est bien une maladie chronique à paroxysmes et à rémissions.

Qu'elle se manifeste alternativement par des symptômes moteurs et par des symptômes psychiques ou isolément par les uns ou les autres, l'irritation corticale est dans tous les cas justiciable d'une thérapeutique. Les impulsifs sont des épileptiques larvés qu'il faut savoir reconnaître, parce qu'ils peuvent être sinon transformés, du moins apaisés peut-être de façon définitive sous l'action d'un traitement et d'un régime appropriés. Dans l'intérêt général, on ne doit pas les abandonner sans secours médical.

Les instables. — L'instable est le type de l'antisocial : si l'amoral parvient, lorsque c'est son intérêt, à feindre la soumission et à brider momentanément ses mauvais instincts, si l'impulsif en dehors des accès de violence est généralement docile et serviable, l'instable est en état permanent de conflit avec la société.

C'est l'enfant fugueur, vagabond incorrigible qu'il faut après maintes récidives, se résoudre à placer dans une maison de correction — le mauvais soldat constamment indiscipliné dont on ne compte plus les refus d'obéissance et les absences illégales — l'adulte enfin, souffrant d'autant de son incapacité innée de réalisation qu'une imagination déréglée lui crée souvent plus de besoins.

Toujours isolé, rebelle à toute discipline, il ne peut déployer qu'une activité désordonnée, improductive, parfois malfaisante. Et, aigri contre une société qu'il rend responsable de ses déboires, et dont il méconnaît systématiquement les lois, il est destiné à revenir périodiquement devant les juges.

L'instable est la première victime d'une constitution morbide qui puise son origine soit dans des tares ancestrales, soit dans des accidents cérébro-méningés de l'enfance ou de l'adolescence. Il est à peu près toujours inintimidable ; relativement moins dangereux que l'amoral et l'impulsif, il n'en encombre pas moins les prisons et surtout les cabinets d'instruction. C'est dire qu'il y a intérêt d'abord à le connaître (c'est le rôle de l'expert), ensuite à édicter pour lui des mesures spéciales dont la modalité est à trouver.

Les débiles suggestibles. — La débilité de la volonté sous toutes ses formes est un important facteur de délinquance. Bien différent du pervers simple succombant à un entraînement passager et d'ailleurs consenti, le suggestible est incapable de se soustraire à l'emprise d'une volonté étrangère.

Asthénique, effacé, timide, lorsqu'il est livré à lui-même, il appartient à qui veut le commander : c'est une proie facile pour les chefs de bandes criminelles recherchant toujours pour les forfaits qu'ils conçoivent des exécutants dociles.

La conduite à tenir à leur égard est double. Il faut tout d'abord les soustraire aux influences perverses qui ne manquent pas de s'exercer sur eux dans les prisons, et il faut ensuite les traiter.

L'examen décèle en effet fréquemment chez ces débiles soit un affaiblissement physique général dont l'étiologie est à élucider, soit une insuffisance mono- ou pluriglandulaire. C'est en tonifiant l'organisme, en agissant sur les causes profondes de sa débilité, en compensant par un traitement opothérapique les vices de fonctionnement endocrinien que le médecin peut préparer la voie à une rééducation de la volonté.

Les passionnés. — Les états passionnels sont-ils du ressort de la psychologie ou de la psychiatrie ? Le criminel par passion est-il à sa place dans une prison ou dans un asile d'aliénés ? Les discussions sur ce thème sont loin d'être épuisées et les cas particuliers évoqués à l'appui des thèses qui se heurtent, ne font que souligner les difficultés d'un problème aux données étrangement complexes. Il suffit à ce propos de rappeler les importants débats dont la Société Médico-Psychologique a été le théâtre.

Tout se résume dans un axiome de prudence : la passion, suivant les cas outrance ou monstruosité affective, est aux frontières du pathologique quand elle ne les franchit pas sous les espèces du délire de revendication ou de l'érotomanie.

Tout dans ce domaine est question de degré, de nuance : il est des passionnés au petit pied qu'on peut trouver sensibles à l'inhibition rationnelle ou pénale ; il en est que le geste criminel a débarrassés de leur idée fixe ou obsédante ; il en est encore dont le déséquilibre neuro-végétatif réclame un remède.

Il est donc souhaitable que tous les criminels par passion soient l'objet d'une expertise mentale, ne serait-ce que pour faire le départ entre les délirants et les non-délirants (tâche ardue relevant du spécialiste) et aussi pour rechercher, parmi eux, ceux qui peuvent être justiciables d'une action thérapeutique.

⁂

E.-K. Krassnuchkin qui a pratiqué l'examen psychiatrique de 2.150 criminels de la prison de Moscou, a trouvé parmi les récidivistes une proportion de 35,6 0/0 de psychopathes et de 40,09 0/0 d'arriérés. Dans les primo-délinquants, 38,1 0/0 seulement sont normaux, tous les autres sont des arriérés ou des psychopathes.

D'aucuns taxeront ces chiffres d'exagération ; d'autres argueront avec quelque raison que la notion de psychopathie est beaucoup trop imprécise, trop subjective pour se prêter à une statistique aussi rigoureuse. Il est de petits et de grands psychopathes ; il en est de plus ou moins intimidables, de plus ou moins perfectibles.

Au fond, peu importe le pourcentage et ses notions stériles. Le fait seul est à retenir : puisqu'il se trouve dans les prisons des individus dangereux, inaccessibles aux sanctions pénales

et peut-être perfectibles par les voies thérapeutiques, il est indispensable de les bien connaître pour pouvoir prendre à leur égard toutes les mesures qui s'imposent.

Conditions matérielles

Dans l'expertise mentale, l'expert n'est pas tout. Comme le chirurgien le plus habile va au désastre, s'il consent à opérer en milieu septique avec du matériel douteux et des aides non éduqués, l'aliéniste, quelle que soit sa valeur, risque de faire œuvre mauvaise s'il doit procéder à sa mission dans des conditions défectueuses. Voilà, semble-t-il, un axiome indiscutable.

Et, s'il est inutile de faire ressortir ici l'importance de l'expertise psychiatrique en Justice criminelle, il faut cependant rappeler qu'élle met en jeu la responsabilité morale et pécuniaire de celui qui la pratique, puisqu'aucun article de loi ne met à l'abri de poursuites reconventionnelles possibles l'expert qui reste soumis au droit commun de la responsabilité civile.

Or, en France tout particulièrement, les conditions matérielles de l'expertise mentale sont trop souvent contraires aux règles de la prudence, de l'hygiène et même de la simple commodité.

a) Le milieu. — L'aliéniste ne trouve pas à la prison de local approprié à la tâche qui lui incombe. Encore que le sujet à examiner soit présumé aliéné, et plus ou moins dangereux, il est seul avec lui, dans une salle quelconque où aucune disposition spéciale n'a été prise en prévention d'un accès de fureur inopiné ou d'une agression délirante.

Il n'y a pas de lit d'examen dans la pièce ; mais il y a nombre d'objets mobiliers : poêle, bancs, encrier..., qui, entre les mains d'un épileptique ou d'un furieux, peuvent être des armes terribles. Un douloureux événement en faisait récemment encore la preuve.

b) Le matériel. — Comme instruments, l'expert n'a à sa disposition que ceux qu'il a apportés ; on conçoit que, de la sorte, maintes investigations physiques lui soient interdites, et que son diagnostic menace d'être insuffisamment étayé.

C'est à peine s'il peut pratiquer une ponction lombaire ; encore, pour ce faire, est-il réduit à opérer dans un dortoir

quelconque étiqueté infirmerie, dont le personnel, presque toujours composé de détenus, ignore les préceptes élémentaires de l'asepsie.

Quant aux recherches spéciales : investigations psychanalytiques complexes, contrôles sous hypnose, etc..., que certains experts, suivant leurs convictions scientifiques particulières, peuvent estimer indispensables, il ne peut en être question.

c) Les renseignements. — Le dossier d'instruction, s'il abonde en documents sur les faits de la cause, ne renferme trop souvent que quelques témoignages anodins sur les antécédents de l'inculpé. Il est vrai, qu'il est toujours loisible à l'expert, soit de solliciter un supplément d'enquête, soit d'interroger personnellement les parents convoqués par l'entremise du juge. Il est rare qu'il ne parvienne de la sorte à recueillir des renseignements suffisants sur le passé morbide de son sujet.

Quelque paradoxal que cela puisse paraître, c'est sur le présent, sur le comportement actuel du prévenu, qu'il est surtout difficile à l'expert de se renseigner. Les gardiens n'ont pas été préparés au rôle délicat d'observateur ; ils ne savent pas noter l'attitude, la mimique, le geste significatifs ; ils ignorent, ou à peu près, comment le sujet s'alimente, comment il dort. Jamais il ne leur vient à l'idée de transcrire un propos dont l'étrangeté les a pourtant frappés et l'expert n'en a qu'une relation approximative, parfois tronquée.

Enfin, bien que portés à soupçonner partout la simulation, ils sont dans l'impossibilité de fonder leur impression sur un fait précis. De l'épilepsie même dont ils voient tant de manifestations, ils ne savent rien d'utile et, faute de connaissances nécessaires, ils sont incapables d'apprécier la sincérité des crises nerveuses dont ils sont quotidiennement les témoins.

Ainsi, les simulateurs astucieux ont toujours beau jeu, certains d'échapper hors la présence du médecin à toute observation véritable et de n'avoir pas à prolonger outre mesure un rôle fatigant.

En somme, dans la prison, sans mettre en doute le bon vouloir de tous les membres du personnel haut et petit, on peut dire que l'expert psychiâtre est un *isolé :* les concours les plus nécessaires lui font défaut.

Certes, il est des cas dont, malgré l'insuffisance des conditions matérielles, l'aliéniste, grâce à son expérience clinique, pose assez aisément le diagnostic. Il n'hésite guère devant un

imbécile, un maniaque dépressif ou un interprétateur, et, s'il ne discerne pas toujours immédiatement l'étiologie des états confusionnels ou démentiels, il est rare que le tableau symptomatique ne lui fournisse pas des éléments suffisants pour ses conclusions.

Mais, en face de l'halluciné présumé qui dissimule soigneusement son délire, en face de l'épileptique lucide dont il n'a jamais été à même de contrôler les manifestations paroxystiques, en face même du paralytique général ou du dément précoce fruste à la symptomatologie fuyante, l'expert isolé est mal armé ; il lui manque le moyen de diagnostic capital en l'occurrence : l'observation permanente.

Quant aux psychopathes, tant de questions spéciales se posent à leur sujet que l'expert est incapable de formuler des conclusions véritablement utiles si les moyens de contrôle lui font défaut, si par exemple il ne peut obtenir de renseignements détaillés sur les antécédents et sur la conduite actuelle de l'individu, ou s'il lui est impossible de procéder dans certains cas à des investigations neurologiques dont il peut légitimement beaucoup attendre.

⁂

A ces inconvénients graves, des magistrats ont cru pouvoir pallier en réalisant le vœu émis autrefois par Foville, en d'autres termes en plaçant les prévenus suspects de troubles mentaux dans un asile d'aliénés ou dans un hôpital psychiatrique.

Théoriquement, cette mesure présente d'importants avantages : milieu approprié, examen facilité par une observation permanente, personnel spécialisé ; il semble que, du même coup, toutes les difficultés soient aplanies et que les conditions de l'expertise touchent à la perfection. Pratiquement, il y a beaucoup d'obstacles.

Trois cas sont à distinguer :

1° *Placement dans un asile d'aliénés.* — La mise en observation de prévenus dans un asile d'aliénés est une pratique dangereuse, même lorsque, comme en Allemagne, elle est sanctionnée par un article de loi en limitant la durée à 6 semaines.

Les asiles sont destinés à recevoir des aliénés reconnus, étiquetés, et l'on doit louer le législateur qui a prévu pour

l'admission des formalités minutieuses, dans le but d'écarter le spectre de la séquestration arbitraire et de justifier dans tous les cas l'attentat à la liberté individuelle.

L'asile, pour la sécurité de tous, doit rester strictement fermé. Il ne doit pas y avoir de modalités exceptionnelles d'admission ; car toute concession dans ce sens peut être l'amorce d'abus dont on ne saurait prévoir la gravité.

2° *Placement dans une maison ou un quartier d'observation.* — Cette mesure est théoriquement légitime puisque, par définition, les maisons d'observation sont destinées à recevoir, sous le couvert de la loi, pour y être soumis à l'examen d'un spécialiste, tous les individus qu'à tort ou à raison on suspecte de présenter des troubles mentaux.

Mais l'observation prolongée n'est pas universellement admise; et l'unique établissement français où elle est pratiquée, ne légitime son fonctionnement que par une interprétation extensive de l'article 19 de la loi de 1838. Il faudrait donc avant tout réviser la loi et régulariser la mesure.

En second lieu, le placement dans une maison d'observation ne peut être ordonné que par un maire ou par un préfet. C'est à l'un de ces magistrats que l'administration judiciaire devrait faire appel pour obtenir l'arrêté de mise en observation nécessaire chaque fois qu'elle désirerait procéder au placement d'un prévenu. Il est aisé de prévoir que ce transfert provisoire de responsabilité de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative serait l'occasion de multiples conflits. D'après la loi, formelle sur ce point, l'urgence seule a caractère d'obligation. Ce n'est que lorsque la sécurité publique est *immédiatement* en danger que le Maire a le devoir de prendre des mesures provisoires de protection ; un inculpé détenu n'étant jamais immédiatement dangereux, beaucoup de maires ou de préfets refuseraient de se prêter à un placement, gros pour eux de risques de toutes natures.

Enfin, par la force même des choses, on serait amené à construire des services spéciaux pour délinquants et criminels en observation, services de surveillance renforcée, complètement séparés des salles communes. Il n'en faudrait pas moins pour donner tout apaisement aux familles des malades ordinaires qui n'admettraient jamais (et peut-on leur donner tort ?) que les leurs fussent en contact journalier avec des malfaiteurs.

3° *Placement dans un service ouvert.* — Ce mode de placement est irréprochable au regard de la loi. Tout prisonnier

peut être placé dans un hôpital psychiatrique comme dans un hôpital quelconque dès que les circonstances l'exigent.

Mais il y reste sous la surveillance et sous l'entière responsabilité de l'autorité judiciaire qui doit détacher auprès de lui le personnel de garde suffisant. On aperçoit les défauts d'une telle mesure, immobilisant sans nécessité absolue plusieurs agents pénitentiaires, hors de leur service, et à son détriment.

D'autre part, moins encore dans les services ouverts que dans les maisons d'observation, il ne saurait être question d'admettre les délinquants dans les conditions ordinaires. Les hôtes de ces établissements sont de « petits mentaux » conscients, on peut dire même surconscients, qui ne se laisseraient pas imposer une promiscuité désagréable. Là encore, il faudrait envisager l'aménagement, à grands frais, de services séparés.

Ainsi, même légal, le placement hors de la prison de l'inculpé qui doit être l'objet d'une expertise mentale se heurte à de telles difficultés d'ordre administratif ou matériel qu'il en devient mal réalisable.

Conditions morales

Toutes les fois qu'il n'est pas amené à conclure à un état de démence, au sens médico-légal du mot, en d'autres termes, toutes les fois que l'inculpé, objet de l'examen, n'est pas un malade mental nettement irresponsable et justiciable de l'asile, l'expert psychiâtre a le devoir — et c'est la seconde partie de sa mission, — de dénombrer les tares physiques et psychiques de son sujet et d'en évaluer la répercussion sur sa responsabilité — quelques magistrats écrivent : « sur sa responsabilité pénale ».

De cette obligation découlent des cas de conscience tels qu'il faut à nouveau appeler à ce propos l'attention sur ce qu'on peut appeler les conditions morales de l'expertise psychiatrique.

Dans tous les pays, avec l'appui soit d'un article de loi, soit d'une simple circulaire ministérielle, les magistrats considèrent l'acte criminel comme un produit disparate où la fatalité psychopathique contrarie plus ou moins la volonté consciente, et ils ne punissent l'individu que proportionnellement à la dernière.

Loin de moi la pensée de discuter ici la valeur de cette conception ultra-schématique et peut-être commode et de reprendre un à un les arguments pour ou contre le dogme de la responsabilité atténuée.

Il est écrit que, chaque fois qu'on aborde cet épineux problème, l'accord est impossible. Quelque louables qu'apparaissent les intentions de ceux qui lui ont cherché une solution pratique en en disjoignant les aspects métaphysique et religieux, il faut reconnaître que cette dissociation est assez artificielle. La question de la responsabilité humaine forme un bloc qu'on ne peut guère désagréger. Et, d'ailleurs, devant le fait brutal d'un code pénal fondé sur une doctrine *métaphysique* du libre arbitre, il semble vain de se boucher les yeux et de ne vouloir connaître que d'une responsabilité pénale, ou sociale, ou physiologique.

Les acquisitions scientifiques récentes ne simplifient pas la question. On connaissait déjà les relations de l'hérédité et des troubles du sens moral ; on sait maintenant que toute toxi-infeçtion, si bénigne soit-elle, peut laisser après elle, comme unique séquelle, des perversions instinctives. Comment, avec de telles notions, l'expert osera-t-il conclure à la responsabilité d'un inculpé ? Comment, quelque poussé que soit son examen, sera-t-il jamais certain d'avoir accumulé toutes les données nécessaires pour émettre la redoutable affirmation ?

A ces difficultés, il est une solution radicale : c'est la suppression dans la teneur des ordonnances de toute allusion à la responsabilité, comme le réclamait Gilbert Ballet, en 1907, dans un vœu resté notoire.

Du vœu, certains experts ont passé à l'acte. De parti pris, ils se refusent à discuter de responsabilité : ou l'inculpé est un aliéné patent et il doit être interné, ou il ne présente que des tares psychopathiques, et il doit rendre compte de ses actes à la justice ; il doit être condamné « dans un but de protection sociale ».

En formulant ainsi ses conclusions, l'expert, — et il ne le sait que trop — n'échappe pas à la critique ; il est loin d'être en règle vis-à-vis de la science stricte et il lui faut faire appel, pour justifier son opinion, à des conventions peut-être pratiques, à coup sûr artificielles.

C'est le pervers constitutionnel, à l'hérédité lourde, à l'incontestable dégénérescence qu'il abandonne à la justice malgré ses tares.

C'est l'alcoolique devenu assassin au cours d'un accès confusionnel typique, qu'il laisse en prison « parce que l'ivresse n'est pas une excuse légale ».

C'est la responsabilité pour l'épileptique dont les troubles du caractère et les accès de fureur traduisent pourtant avec

éloquence l'irritation corticale — pour la femme enceinte impulsive, — pour le pervers sexuel dysendocrinien, pour tous ceux ou celles en somme qui n'atteignent pas les limites de l'aliénation mentale.

Ce n'est pas toujours sans hésitation que l'expert signe de tels dénis à la vérité scientifique. Il ne le fait que, parce que de toutes les solutions, celle-ci est encore la moins mauvaise ; il le fait parce qu'il sait qu'en concluant autrement, en déclarant, comme le lui soufflent ses convictions, l'amoral ou le psychopathe irresponsables et justiciables de l'internement, il va à l'encontre des intérêts de la société.

L'expérience a été faite et elle est concluante : les amoraux ne peuvent pas séjourner dans un asile ordinaire ; rien n'y est préparé pour les recevoir, pour discipliner leurs mauvais penchants, pour déjouer leurs projets d'évasion ; et, d'ailleurs, on ne peut pas, on n'a pas le droit d'imposer aux autres malades une aussi fâcheuse promiscuité. A la vérité, ces sujets devraient être internés dans un asile de sûreté aux aménagements spéciaux ; mais là où ils existent, ces asiles trop peu nombreux, ne reçoivent guère que les aliénés criminels et les amoraux multi-délinquants n'y sont pas admis, faute de places suffisantes.

Quant aux psychopathes conscients, conscients surtout de n'être pas des aliénés, il est rare que la discipline et le régime de la maison d'arrêt pendant la période de prévention n'aient suffi à apaiser les quelques symptômes aigus qu'ils pouvaient présenter. Ils sont, sinon guéris, tout au moins en rémission quand ils arrivent à l'asile, et il est bien difficile au médecin de leur refuser longtemps la mise en liberté qu'ils réclament tout de suite impérieusement.

Or (et c'est là l'inconvénient majeur), tous ces psychopathes quand ils ont quitté l'asile peuvent croire que le rapport d'expertise, qui une fois les a sacrés irresponsables, constitue pour eux un véritable brevet d'impunité quant aux méfaits futurs. C'est dès lors la crainte du gendarme qui s'évanouit, c'est le dernier frein qui cède. Libre et inintimidé, sinon toujours inintimidable, le psychopathe s'abandonne désormais au gré de ses mauvais penchants.

⁂

Certes, pour l'expert soucieux de justice intégrale, il est un parti mixte : en concluant à une responsabilité atténuée, il est certain d'éviter tout ensemble au psychopathe la lourde peine et l'internement.

Mais cette solution moyenne n'est guère préférable aux solutions radicales et elle ne le sera jamais tant qu'une fâcheuse similitude d'épithètes justifiera l'équation néfaste :

Responsabilité atténuée = circonstance atténuante = peine diminuée.

En certains pays, comme l'Allemagne, on a voulu pousser la doctrine à ses conséquences extrêmes en faisant suivre la punition abrégée et adoucie d'un internement illimité. La justice théorique est peut-être ainsi satisfaite ; mais l'incompatibilité foncière entre la punition infamante et l'internement, avant tout moyen d'assistance, sera toujours un obstacle à la généralisation d'une telle mesure. D'ailleurs, pour les raisons indiquées plus haut, il sera rare que l'internement puisse être prolongé, tout au moins dans des conditions légales.

⁂

Ainsi, sauf lorsqu'il découvre un aliéné véritable, ce qui est rare, ou un individu normal, ce qui est plus rare encore, l'expert se heurte à une impasse. Quelle que soit sa conclusion, la vérité scientifique ou la protection sociale y seront plus ou moins sacrifiées.

Fait unique, en matière d'expertise médico-légale, il n'est pas de solution idéale : chacun adopte l'attitude qui lui complaît, suivant ses convictions, ou suivant son tempérament, suivant son Alcestisme ou son Philinthisme comme dit M. de Fleury. Dès lors, comment s'étonner qu'il y ait des délinquants errant de prison en asile, et d'asile en prison, parce qu'ils ont été successivement déclarés responsables et irresponsables par des experts différents ! Comment n'y aurait-il pas à la barre de ces batailles d'experts propres à jeter dans une certaine mesure la suspicion sur la science psychiatrique, parce que les témoins profanes ne voient jamais, ou ne veulent pas voir, que la discussion ne porte que sur une question para-scientifique de conduite à tenir !

⁂

Il ne suffit pas de décréter que toute question ayant trait à la responsabilité sera bannie des ordonnances d'expertise mentale. Pas plus qu'il ne se désintéresse du sort de l'aliéné et qu'il ne refuse de se prononcer sur l'utilité de l'internement, l'expert ne peut se désintéresser du sort réservé au psychopathe.

Dans la juridiction, il y a là une lacune qu'il importe de combler. Il ne suffit pas de détruire, il faut rebâtir...

III. VERS DES CONDITIONS MEILLEURES DE L'EXPERTISE

Pour rendre plus acceptable la position de l'expert aliéniste en justice criminelle, il faut :

1° créer dans les prisons des Annexes psychiatriques.
2° modifier la teneur des ordonnances d'expertise.

Création d'annexes psychiâtriques

Cette mesure d'une réalisation aisée n'est plus passible d'aléas. Partout où elle a été expérimentée, elle n'a eu que d'heureux résultats. En Belgique notamment, où des Annexes psychiatriques existent depuis 1921, tous les détails d'organisation ont été minutieusement étudiés ; et il n'y a guère qu'à relever sans avoir à les discuter, les dominantes de l'exposé du D[r] Vervaecke où tout le travail de mise au point a été fait.

Locaux. — Un grand dortoir d'observation d'une douzaine de lits, attenant à un jardin-préau, une salle d'hydrothérapie, quelques chambres d'isolement et un cabinet médical : tel est en principe le cadre nécessaire et suffisant de l'Annexe.

Personnel. — Un médecin aliéniste de carrière assure en permanence le service médical.

Les infirmiers sont recrutés dans le personnel pénitentiaire; mais ils sont éduqués spécialement en vue des fonctions qu'on leur réserve. Certains ont fait un stage dans un asile d'aliénés.

Régime et fonctionnement. — La surveillance constante de jour et de nuit est de règle.

Les infirmiers sont astreints à consigner sur un registre réservé à cet effet, toutes les remarques qu'ils peuvent faire sur les sujets dont ils ont la garde ; l'observation médicale-principe est ainsi complétée, telle note sur une attitude, tel propos littéralement enregistré, confirmant ou infirmant le diagnostic provisoirement posé.

Le régime alimentaire est celui de la prison. Il en est de même du régime intérieur dont certaines dispositions sont cependant aggravées conformément aux buts poursuivis.

⁂

Ainsi, sans vaines formalités (tout se résume en un avis au Parquet), sans transfert gênant de responsabilité, sans changement de régime, tout détenu suspect de troubles mentaux est immédiatement installé dans un véritable hôpital psychiatrique organisé pour lui.

L'expert chargé de l'examiner est certain de procéder à sa mission dans des conditions propices. Il a à sa disposition un cabinet médical spécialement aménagé ; il obtient du personnel tous les renseignements désirables sur l'activité habituelle de son sujet, sur son attitude et ses propos, sur sa façon de s'alimenter et sur son sommeil. Il a toutes facilités pour faire pratiquer les recherches utiles ; enfin s'il veut procéder à certains examens de sa compétence, il a sous la main tous les instruments nécessaires et des infirmiers instruits lui prêtent leur concours.

⁂

Mais, dans le lot des raisons qui militent en faveur de la création de semblables organismes, deux ressortent particulièrement importantes :

A) Dans l'Annexe psychiatrique, l'expert peut pratiquer l'examen physique complet de son sujet. La partie « physique et biologique » du rapport tend à prendre une place capitale. Au point où en est la science, eu égard aux progrès réalisés dans tous les domaines, en particulier dans ceux de la Neurologie et de la Biologie, on ne peut plus se contenter d'un examen clinique sommaire. L'énumération des malformations physiques parcellaires, les considérations sur la valeur des réactions pupillaires, sur l'état de la réflectivité et de la sensibilité, ont une importance indéniable ; elles restent nécessaires, elles ne sont plus suffisantes.

Mais pour exiger du praticien qu'il apporte autre chose dans son rapport, autre chose, c'est-à-dire des précisions sur le fonctionnement des glandes endocrines, sur la qualité du tonus neuro-végétatif, sur l'état des organes, sur les réactions humorales, il faut lui fournir des moyens de travail.

La recherche des tests endocriniens, l'exploration des réflexes sympathiques, les vérifications de laboratoire ne s'improvisent pas ; il y faut des techniques définies, toujours minutieuses, nécessitant une instrumentation parfaite. On conçoit que ce n'est que dans un milieu approprié que l'expert pourra y procéder.

B) La création dans les prisons de centres psychiatriques

dirigés par un médecin aliéniste, astreint ou à peu près à la résidence, peut être une étape sur la voie de la généralisation de l'expertise.

L'extension de l'examen mental à tous les délinquants est une réforme souhaitable, et l'on doit se rendre aux excellentes raisons fournies par tous ceux qui l'ont prônée : « L'examen « médico-psychologique obligatoire, écrit Kovaleski après « Vladimiroff, comblerait plus d'une lacune judiciaire : il « pourrait constater à temps les signes de l'aliénation men- « tale, il pourrait établir dès le commencement d'un procès « criminel la simultanéité des signes qui caractérisent l'un « des états d'une lucidité affaiblie ; il pourrait enfin fournir « au tribunal des données objectives pour la connaissance « intime et incontestablement nécessaire de l'âme du pré- « venu : les hommes jugent toujours de l'individu entier, et « non l'un de ses actes isolés, détachés de l'existence. »

Mais il ne faut pas se dissimuler que la généralisation de l'expertise entraînerait comme corollaire une transformation radicale du système pénal ; une réforme telle que l'individualisation de la peine est œuvre de longue haleine, réservée aux criminologistes, et la réalisation n'en apparaît pas encore prochaine, quel que soit le progrès des idées à cet égard.

Sur un plan plus modeste et sans porter atteinte aux conceptions maîtresses du code pénal, le médecin-chef de l'Annexe pourra du moins réaliser un « filtrage » psychiatrique. Ayant toute facilité pour prendre contact avec les prévenus, il lui suffira, l'habitude professionnelle aidant, de converser quelque peu avec eux, de feuilleter leur dossier d'instruction, pour discerner parmi eux les aliénés et les grands psychopathes possibles.

Les magistrats auront de la sorte à leur constante disposition un collaborateur averti qui leur prodiguera d'utiles conseils et leur épargnera les omissions graves, les erreurs déplorables toujours nuisibles au renom de la Justice.

***

Modification des ordonnances

A cette réforme qu'on peut estimer indispensable, il est un complément. Il ne suffit pas de fournir à l'expert un cadre propice, il faut encore, selon le vœu de Gilbert Ballet, que la mission dont il est chargé ne dépasse pas sa compétence et pour

ce, soit expurgée de toutes questions spéculatives d'ordre philosophique ou juridique.

Je ne reviendrai pas ici sur toutes les formules généralement heureuses qui ont été proposées dans ce sens ; en voici une que je livre à titre d'exemple :

1° L'inculpé était-il en état de démence médico-légale au moment de l'acte ?

2° A défaut d'un état de démence caractérisée, présente-t-il des tares psychopathiques influant sur son activité ? Ces tares sont-elles assez graves pour justifier des mesures spéciales ?

Ainsi rédigée dans un esprit large, n'ouvrant la voie qu'aux seules discussions techniques, l'ordonnance appelle des conclusions précises. Libéré de toutes préoccupations étrangères, certain de n'avoir pas à résoudre des problèmes parfois insolubles, l'expert pourra s'employer à construire une expertise fortement charpentée, étayée à coups de documents, exempte de considérations casuistiques et d'interprétations discutables.

Et, au lieu de glaner dans ce chaos qu'est la personnalité du psychopathe des vestiges douteux de responsabilité, l'expert s'attachera à des recherches positives bien autrement fécondes.

L'inculpé est-il incorrigible ? Le sens moral est-il chez lui définitivement aboli, et aucune action n'est-elle capable d'entraver le déchaînement des mauvais instincts ?

Est-il intimidable ? La crainte de la sanction pénale, aggravée de son complément d'infamie, est-elle susceptible de soutenir utilement dans l'avenir sa volonté défaillante ?

Enfin, est-il perfectible ? Le médecin est-il en droit d'escompter d'une thérapeutique appropriée, sinon un relèvement moral, du moins une sédation, une raréfaction des réactions anti-sociales ?

A ces questions purement médicales, l'expert peut et doit répondre et ses réponses seront pour les magistrats des guides autrement précieux, autrement pratiques qu'une dissertation sur un quantum de responsabilité.

Les incorrigibles dangereux pourront être internés dans un asile de sûreté (1) ; les intimidables partageront le sort des condamnés ordinaires, les perfectibles enfin seront l'objet de mesures spéciales.

***

(1) Ces asiles de sureté pourraient être au besoin aménagés dans des prisons désaffectées ainsi que l'avait suggéré jadis le Dr Deswarte.

Que seront ces mesures spéciales ? Il ne m'appartient pas d'en discuter longuement ici.

En Belgique, un projet de loi visant à la perfection prévoit des organismes multiples, adaptés à chaque catégorie de psychopathes. Dans les pays moins favorisés, mais dont les prisons auront été dotées d'une Annexe psychiatrique, on pourra décréter que tout le quartier environnant l'Annexe, sera affecté aux condamnés psychopathes. La présence permanente d'un aliéniste y justifiera leur maintien et donnera toutes garanties désirables pour leur surveillance médicale et leur traitement.

Ainsi les psychopathes n'auront pas à être l'objet de mesures de clémence ou d'atténuation de peine, mesures toujours préjudiciables à la société. Mais, sous l'égide médicale, ils bénéficieront, à l'intérieur de la prison même, d'une certaine indulgence : on pardonnera à l'impulsif ses accès de colère, on ne tiendra pas compte à l'instable de ses menues fautes contre la discipline ; à tous les punitions rigoureuses seront épargnées.

Il est possible d'aller plus avant encore dans cette voie, en envisageant pour les sujets justiciables de « mesures spéciales », la dissociation des caractères afflictif et infamant de la peine, dissociation pratiquée couramment en matière de délits politiques.

Ainsi l'individu (et sa famille) échapperait à une condamnation injustement deshonorante ; la société serait efficacement protégée et tous, individu et société, bénéficieraient dans certains cas de résultats thérapeutiques heureux.

Je n'insiste pas de crainte de dépasser le cadre que je me suis imposé. Mais il y avait là, pour la création des Annexes psychiatriques des prisons, un argument de valeur que je ne pouvais me dispenser de signaler.

***

Que peut-on arguer contre une réforme qui n'est même plus une nouveauté, puisqu'elle est expérimentée depuis plusieurs années avec un plein succès ?

Les objections d'ordre pécuniaire sont négligeables. Outre que la question d'argent ne doit pas entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de justice et de protection sociale, il est hors de doute que les Annexes psychiatriques pourraient être réalisées à peu de frais. Ce ne sont pas des hôpitaux luxueux ; ce

sont de simples quartiers de prison aménagés avec le seul souci de l'hygiène et de la sécurité. Nulle recherche de luxe et de confort ; un régime strictement analogue au régime de tous les prisonniers, car comme l'a très justement fait remarquer le Dr Vervaecke, il faut éviter que le placement à l'Annexe ne constitue une faveur. N'y a-t-il pas là de quoi donner tout apaisement à ceux que pourrait retenir la crainte d'aménagements dispendieux ?

Les difficultés dans la répartition des Annexes ? Elles ne sont pas insurmontables. Certes, on ne peut songer à doter d'Annexes psychiatriques tous les établissements pénitentiaires, et entre les innombrables maisons d'arrêt, maisons centrales, maisons cellulaires, le choix peut être malaisé. Telle prison qui reçoit des prévenus est insuffisamment peuplée, telle autre dont toutes les cellules sont garnies ne compte que des condamnés ; telle autre encore est d'un accès difficile.

En principe (et certainement il y aurait des remaniements à opérer), les Annexes psychiatriques devraient être créées dans les prisons voisines des grands centres judiciaires. Il resterait entendu que les prisons ainsi dotées recevraient de préférence les prévenus ; par ailleurs, il serait loisible à tout expert d'y faire envoyer les sujets dont la mise en observation lui apparaîtrait nécessaire.

Voisines des grands centres judiciaires — j'ajoute : et des centres universitaires. Avec leurs matériaux d'enseignement sans cesse renouvelés, les Annexes psychiatriques seraient appelées à être le siège de cours et de démonstrations cliniques d'anthropologie judiciaire, communes aux Facultés de Médecine et de Droit ; ainsi se trouverait comblée une regrettable lacune de l'Enseignement supérieur.

Doit-on faire état des objections d'ordre affectif ? La réforme sera peut-être, certainement même, l'occasion d'une recrudescence des vieux lieux communs : on entendra parler de dictature médicale, d'emprise de la Justice par la psychiâtrie, de transformation des prisons en asiles déguisés, etc... Si, là où l'affectivité est en jeu, la raison perd ses droits, du moins contre ces piètres arguments peut-on invoquer une fois de plus les précédents et faire valoir les résultats obtenus : Dans les pays où existent des Annexes psychiatriques des prisons, les médecins en chef de ces Annexes ont un rôle bien défini de collaborateurs techniques et les magistrats qu'ils secondent dans leur tâche, apprécient journellement leur concours ; eux-mêmes s'estiment satisfaits de pouvoir mettre

leur acquit scientifique au service de la Justice dans les conditions les plus favorables.

***

Dans les derniers mois de 1927, le Pr Raviart entreprenant des investigations psychiatriques sur les prévenus de la maison cellulaire de Loos-lez-Lille, organisa une Annexe. J'eus la bonne fortune d'être au nombre de ses collaborateurs et de participer à ses recherches.

Il ne pouvait s'agir que d'une expérience, et d'une expérience modeste, puisqu'elle n'était appuyée d'aucun crédit. Notre domaine se composait d'un dortoir que nous avions choisi aussi bien exposé que possible, et d'une cellule que quelques aménagements très simples avaient converti en un cabinet médical passable. En raison de la pénurie du personnel pénitentiaire, il nous fut impossible d'organiser l'observation continue, comme nous l'avions tout d'abord projeté.

Telle quelle, l'expérience eut sa valeur non pas en démontrant qu'il y a des psychopathes dans les maisons de détention, et que l'activité du psychiâtre peut s'y exercer de bien des façons (ce ne sont pas là des vérités nouvelles), mais bien en faisant la preuve que l'organisation d'une Annexe psychiatrique à l'intérieur d'une prison est avant tout une œuvre de bonne volonté.

APPENDICE.

LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MENTALE CHEZ L'ENFANT DÉLINQUANT

Tout enfant délinquant au-dessous de 16 ans, devrait être systématiquement l'objet d'une expertise psychiatrique. On ne peut à cet égard que déplorer après tant d'autres, la lacune d'une loi qui ne prévoit qu'un examen médical facultatif, à côté d'une enquête sociale et morale obligatoire. « C'est là que réside le vice du système qui fait reposer sur la seule appréciation du juge, un examen qui devrait être rendu obligatoire de toutes façons, en constituant l'axe même de l'enquête à effectuer. » (H. Aubrun).

Sur 205 garçons examinés à la prison de la Petite-Roquette, Roubinovitch, Paul-Boncour et Heuyer trouvent 17 0/0 seulement de sujets normaux ; parmi les enfants confiés par le Tribunal des mineurs au Patronage de l'Enfance et de l'Ado-

lescence, Heuyer n'en rencontre que 13 0/0. De tels chiffres se passent de commentaires.

Mais si l'accord est facile, sur la nécessité de l'expertise de l'enfant, il n'en va peut-être plus de même dès qu'il s'agit des conditions de cette expertise.

L'expert chargé d'examiner un enfant doit dans une certaine mesure faire figure de prophète. Les questions actuelles de discernement, de responsabilité passent au second plan. Ce qui importe à la société, dont l'expert est le mandant, c'est moins le présent que l'avenir social du jeune sujet, moins le délit souvent bénin qui l'a amené devant le juge que sa délinquance virtuelle, moins enfin sa psychologie du moment que ses possibilités mentales. En d'autres termes, derrière l'enfant, l'expert doit entrevoir et faire entrevoir l'homme.

Dans cette tâche, il se heurte fréquemment à toute une psychologie qui semble assez spéciale à l'enfant anormal. C'est une psychologie complexe, tapageuse, faite d'hyper-émotivité, d'instabilité, de dérèglement imaginatif, de suggestibilité, de perversion des instincts. Et c'est aussi une psychologie superficielle qui sous ses caractères tranchés voile l'être véritable et ses tendances discrètes. Certains enfants ont un étrange pouvoir de dissimulation, d'autres une propension au mensonge et à la mythomanie, d'autres encore, dès qu'on les interroge, se réfugient sans raison plausible dans un mutisme obstiné. L'expert qui aborde un enfant pour l'examiner doit être prêt à affronter tous les obstacles !

⁂

Dès lors, quels résultats satisfaisants peut-on escompter de quelques « entretiens de parloir » suivis d'investigations physiques hâtives et insuffisantes ? Poser la question, c'est y répondre. Des conditions propices : voilà encore ce qu'il faut fournir à l'expert si l'on attend de lui des appréciations précises et détaillées exemptes d'hypothèses périlleuses.

Quelles seront ces conditions propices ? « L'observation, « écrit Paul-Boncour, doit se faire dans un milieu naturel ; « c'est mêlés à des camarades que les enfants révèlent leur « caractère, les circonstances de la vie en commun faisant « naître des modes de réaction personnelle qui n'apparais- « sent jamais dans une cellule. Ceux qui croient connaître « un enfant après l'avoir interrogé durant son isolement ou « en tenant compte des renseignements fournis par les gar-

« diens, se trompent ! » Et plus loin il ajoute : « La mise en « observation suppose l'existence d'établissements ou de quar- « tiers d'établissements affectés à cet usage et de maîtres « entraînés surveillant des groupes de 15 à 20 sujets au plus. »

C'est en somme viser la création, soit de véritables établissements d'observation comme il en a été réalisé en Belgique, à Moll et à Namur, soit dans les établissements pénitentiaires pour enfants d'Annexes psychiatriques comparables aux Annexes des prisons d'adultes, mais comprenant outre le dortoir et la cour, un réfectoire et une salle de jour (alternativement salle de jeux et de travail). Un grand nombre d'enfants étant appelés à y faire un assez long séjour, il y a intérêt à leur ménager un emploi du temps sensiblement normal.

A cette solution, il n'y a qu'un danger. Si la réunion en collectivité présente d'indiscutables avantages ; si, outre qu'elle est plus humaine, elle favorise l'éclosion des réactions spontanées, toujours précieuses pour l'observateur, il n'en est pas moins vrai qu'elle expose certains enfants à l'influence nocive de compagnons pervers. Une détestable inter-psychologie, contre laquelle les maîtres les plus avertis sont désarmés, peut s'établir et se développer dans de tels milieux, et il est préférable de ne pas affronter cette dangereuse éventualité.

Il n'est qu'un moyen de tourner la difficulté : il faut éliminer les inducteurs par un premier filtrage psychiatrique, réalisé au cours d'une période d'encellulement préventif. C'est à peu de chose près la méthode en cours en Belgique, notamment à la Colonie agricole de Merxplas. Comme ce premier examen qui ne visera qu'au dépistage des amoraux et des pervers dangereux sera toujours superficiel et ne comportera pas de longues recherches, le séjour des enfants en cellule sera toujours relativement court. Il va sans dire que tous les éléments ayant passé à travers le filtre pourront ensuite sans inconvénient être réunis à l'Annexe psychiatrique ou à l'établissement d'observation pour un examen médical complet.

Si pénible que soit l'application de la méthode cellulaire quand il s'agit d'enfants, il faut reconnaître qu'il est des cas où elle s'avère nécessaire

DISCUSSION DES RAPPORTS DE MM. JOSÉ SANCHIS BANUS ET VULLIEN

M. LAIGNEL-LAVASTINE rappelle que Paul Zacchias florissait dans la première moitié du XVIIe siècle.

Au point de vue des rapports de MM. Vullien et Sanchès-Banus, il a l'impression qu'on en est au même point qu'au Congrès de Genève, où son maître, Gilbert Ballet, s'élevait avec raison contre la responsabilité.

Cette notion est mixte, bio-sociale ; le médecin, qui n'est qu'un conseiller technique biologique, doit se limiter dans sa compétence. Ce n'est pas sa faute si la pharmacopée sociale en France n'est pas à la hauteur de l'évolution médicale et si les indications, que pose le médecin expert du fait de son examen, ne peuvent être actuellement remplies. Elles pourront l'être avec la création des annexes psychiatriques des prisons. Le médecin doit les réclamer, et, en les attendant, se maintenir sur le terrain si solide limité par Gilbert Ballet. Hors de là, c'est le subjectivisme à la Philinte ou à l'Alceste. C'est de la littérature, non de la science.

Dr HESNARD (de Toulon). — Si l'on s'arrache, — non sans peine, — au charme littéraire et à l'agrément philosophique du rapport de *M. Sanchis Banus,* on n'en éprouvera que davantage le désir de l'entendre préciser quelque peu ses conclusions.

« Il faut convaincre les juges ! » s'écrie-t-il avec raison. Or, pour convaincre les juges, il n'est guère qu'un moyen pratique : leur montrer, par nos rapports eux-mêmes, comment nous pouvons leur rendre service, en les éclairant *pratiquement* sur l'âme du criminel et la conduite à tenir à son égard.

« Un pyschiatre, dit-il encore très justement hélas ! ne peut déterminer, par les données de la science, si un coupable est responsable... » Mais il renouvelle là l'antique discussion sur la Responsabilité en général et la Responsabilité atténuée en particulier, discussion que, pour ma part, je croyais éteinte !

Ballet, jadis, refusait d'employer le mot. « Ne parlons plus

de responsabilité atténuée », écrivait, il y a quelques années, mon éminent maître et ami, le *Dr Anglade*. Soit ! Mais ne nous arrêtons pas à une querelle de mots. Derrière le terme fâcheux de « Responsabilité », nous savons tous — médecins et juges — ce que nous voulons dire, à savoir : « *Ce prévenu est-il malade de l'esprit, comment et jusqu'à quel point ? Relève-t-il de la sanction pénale, ou du traitement médical, ou des deux ?* »

D'ailleurs, supprimez le terme, vous ne supprimerez pas la difficulté, qui est la conduite à tenir envers les cas limites, et, avant tout, envers les anormaux de l'esprit, question sur laquelle j'insisterai.

Mon expérience pratique de l'Expertise dans le milieu maritime, qui résulte aujourd'hui de l'observation de près d'un millier de cas, m'a démontré que les magistrats (même militaires) apprécient toujours et écoutent le psychiatre, qui, non seulement est compétent en matière de clinique psychiatrique courante, mais aussi fait preuve dans ses rapports d'une *connaissance pratique de l'homme,* au sens plus humain que médical (de ce que les Allemands appellent « die Menschenkenntniss »), art concret, empirique, qui sera plus tard une science parfaitement définie, comme l'est devenue ces dernières années la Psychotechnique du travail industriel.

M. Sanchis Banus admet que le psychiatre connaît l'âme humaine : Eh bien, il est facile pour le psychiatre d'amplifier cette compétence, acquise dans les salles de malades, en acquérant la pratique de tous les anormaux, et même des *criminels normaux :* alors, la conduite à tenir s'imposera tout naturellement à lui, et il n'aura plus aucune peine, en appréciant la mentalité de l'inculpé à l'échelle de son milieu social, à décider s'il est assez anormal pour être confié au médecin ou assez normal pour être abandonné au juge.

Le rapport de *M. Vullien* précise le problème pratique des anormaux, qu'il traite vraiment en clinicien et en homme pratique. Je lui fais seulement un menu grief d'être aussi facilement convaincu de la nature acquise, accidentelle, des tares instinctives et de l'amoralité... N'importe quelle infection ne suffit pas pour faire la perversion. Et il ne faut pas exagérer la relation classique entre l'amoralité, la folie morale et la vraie folie, la psychose. L'amoralité se présente très souvent comme une anomalie biologique de même nature que l'aptitude criminelle courante. Il y a une biologie du crime, mais

qui n'a que des rapports indirects avec la science de l'aliénation mentale. *Et le Code est fait avant tout pour les anormaux.*

Mais je ne veux pas critiquer davantage son beau rapport, qui mérite tant d'éloges. Je veux seulement, avant de terminer, affirmer une chose qui me semble naturelle, mais vous paraîtra peut-être un peu révolutionnaire : je crois que la principale lacune actuelle de l'expertise psychiatrique est sa *connaissance insuffisante de l'homme normal,* ou plutôt moyen.

On dit à l'expert : « Vous qui connaissez les fous, dites-nous dans quelle proportion cet homme est normal ? » Or, il est peut-être plus difficile de faire le « diagnostic » (si je puis dire) de la normalité psychique que celui de l'anomalie, pour quelqu'un qui connaît surtout les anomalies !

Si, en effet, le prévenu ne présente aucune constitution mentale décrite, si son discernement est moyen, s'il n'est que d'une amoralité relative, si son impulsivité est peu marquée ou profondément dissimulée, sur quelles directives l'aliéniste le plus entraîné au dépistage des symptômes psychopathiques, mais beaucoup plus adonné aux enquêtes de la pathologie qu'à l'appréciation pratique des moyennes psychologiques, appréciera-t-il le cas ?

⁂

Alors, de deux choses l'une : ou bien, l'expert se contentera de dire avec *M. Anglade :* « Non internable ! le reste ne me regarde pas. » De l'avis de tous, c'est trop peu. Dans la Marine, par exemple, cela équivaudrait à supprimer l'expertise...

Ou bien, il tâchera d'éclairer le juge, en s'efforçant de déceler chez le prévenu de vagues caractéristiques mentales, rappelant à l'état très affaibli certains traits des mentalités morbides, ce qui n'apprendra pas grand'chose au tribunal

Eh bien non ! A force d'examiner des normaux ou des subnormaux, j'ai compris qu'il me fallait, pour apprécier sainement, aller au delà de mes études cliniques premières ; qu'il me fallait acquérir l'expérience des délictueux et des criminels *normaux* et à *l'échelle de leur milieu* (pénitentiers, armée, marine, groupements coloniaux, indigènes, etc.) ; étudier les mobiles affectifs ou instinctifs de leurs actes, délimiter, parmi les crimes et parmi les criminels, des genres et des espèces, en un mot, me comporter autant en psychologue (au sens de la

Psychologie concrète, de la connaissance pratique de l'homme), en anthropologiste, qu'en biologiste et en médecin. Et j'ai conclu de tout cela que la lacune principale actuelle de l'Expertise, telle que je l'ai apprise dans mes stages médicaux, est l'état rudimentaire de la *Criminologie.*

Et ici, je salue le clair bon sens de *M. Vullien* lorsqu'il dit : « Au lieu de glaner dans ce chaos qu'est la personnalité du prévenu, des vestiges douteux de responsabilité, l'expert s'attachera à des recherches positives, bien autrement fécondes... » Oui certes ! Mais j'ajoute aux vœux excellents qu'il exprime le suivant : *orienter les recherches scientifiques vers la Criminologie et la Psychologie criminelle, à la fois normale et pathologique.*

Bien entendu, Messieurs, — et c'est par là que je finirai — par *Psychologie* je n'entends pas un chapitre de la philosophie universitaire (qui ne connaît que sa propre candeur, et du drame humain que son imagination effarouchée). Je parle de la *Psychologie concrète* qui est en train de se faire, à l'heure actuelle, sur des bases diverses, comme la science de l'orientation professionnelle, comme la Psychanalyse, et, en général, l'étude positive des mobiles affectifs d'action humaine, comme la Psychotechnique, — qui a déjà rendu tant de services à l'industrie !... C'est-à-dire d'une science positive et expérimentale, qui décrira la mentalité des criminels et des délictueux (de leur enfance au jour du crime), leur milieu familial et social, qui leur appliquera les techniques connues d'exploration psychique, accumulera les observations pour les classer, et fera d'un art ébauché et timide, actuellement aux mains des juristes, une nouvelle et féconde branche de la biologie.

Ce jour-là, Messieurs (qui n'est pas une utopie), le « rêve complaisant de *M. Sanchis Banus* sera réalisé : juge et médecin, cessant enfin de se disputer, dans le prétoire, l'âme du criminel, s'associeront pour leur tâche commune : le *connaître* — avant de le juger !

M. Courbon (de Paris) — 1° ...Le mot « responsabilité », auquel il serait préférable de renoncer pour toutes les raisons qu'on nous a données, ne disparaîtra que lorsque la réforme des juges et des jurés sera accomplie. Il vaudrait mieux lui substituer une autre locution, celle-ci, par exemple: « capacité de se conduire conformément à la loi ». Mais même après

cette réforme, nous ne pourrons pas empêcher les gens religieux de dire que l'existence du libre arbitre est nécessaire pour que cette capacité existe.

Le mot adieu, malgré sa signification métaphysique, est employé cent fois par jour, aussi bien par les gens religieux qui croient invoquer Dieu en l'employant, que par les athées et les matérialistes. Pour tout le monde il a une signification de politesse qui seule compte pratiquement. Il en est de même du mot « responsabilité ».

2° ...La mise en observation des délinquants à l'Asile me paraît n'avoir que des contre-indications. C'est une faute professionnelle contre la morale (elle tend à confondre des malfaiteurs simulateurs avec des malades). C'est une faute contre les malades dont elle peut empirer l'état (le délire de culpabilité des mélancoliques est renforcé par la présence auprès d'eux de vrais criminels). C'est une faute contre la société dont elle risque d'affaiblir la défense, en facilitant non seulement les évasions, mais encore la diffusion de la simulation. Enfin, c'est une faute contre le médecin lui-même, car en fournissant à l'expertisé des moyens de se documenter sur la maladie, et de simuler, c'est ajouter des difficultés à la tâche de l'expert. Cette réflexion suffit à prouver que je suis tout à fait d'accord avec M. Vullien sur la nécessité de la création des annexes psychiatriques des prisons et sur la reconnaissance que l'on doit avoir au Professeur Raviart pour son initiative. Il faut imiter l'exemple admirable des Belges.

3° ...On peut se faire de l'expertise criminelle une conception et lui appliquer une méthode pragmatiques (voir communications).

M. Perrussel (de Tunis) appuie les observations des précédents orateurs et notamment celles de M. Fribourg-Blanc (voir la communication de M. Fribourg-Blanc, page 297). Il parle spécialement de ce qui se passe dans l'armée d'Afrique. Pratiquement les engagés, en Afrique, ne sont pas examinés par des psychiatres, préalablement à leur engagement. Or, une expérience déjà longue montre que, sur 100 expertises faites à Tunis par M. Perrussel, 69 ont pour sujets des engagés de l'Armée d'Afrique, que parmi ceux-ci la proportion des aliénés psychopathes délinquants, celle des sujets sortis d'asile ou réformés ultérieurement pour troubles psychiques sont impressionnantes. Il y a là une situation regrettable qu'il

faut travailler à améliorer. M. Perrussel a déjà, à ce propos, pris sur lui d'envoyer un rapport privé au Ministère de la Guerre à Paris.

M. SAFORCADA (de Barcelone). — Laissez-moi profiter de cette occasion pour saluer, au nom de la Faculté de Médecine de Barcelone, tous les congressistes, et particulièrement les congressistes étrangers. Je leur souhaite la plus cordiale bienvenue ; je souhaite que ce Congrès aboutisse à rendre toujours plus étroits les liens de profonde amitié entre nous tous.

Nous sommes tous d'accord sur les nombreuses difficultés qui entourent l'expertise psychatrique. Parmi ces difficultés nous devons citer :

1. La culture différente que possèdent les jurisconsultes et les psychiatres ; ces différences font que l'on pose aux psychiatres des questions que ceux-ci ne peuvent résoudre, notamment toutes les questions qui ont trait à la *responsabilité,* question métaphysique à laquelle nous devons toujours refuser de répondre. De même, nous ne pouvons accepter la doctrine de la *responsablité atténuée* des anormaux et des demi-fous ; c'est une notion dangereuse puisqu'elle aboutit à l'impunité de délinquants incorrigibles. J'affirme, en conséquence, que l'expert doit se cantonner dans l'établissement d'un diagnostic clinique et évaluer *l'anormalité, la nocivité, l'intimidabilité* et *la perfectibilité du délinquant.*

2° le manque de compétence de trop d'experts. Je n'insiste pas sur la façon dont est établie la liste des médecins experts officiels en Espagne, la liste des médecins experts en France.

3° Le désaccord entre les experts malgré leur compétence, et qui parfois tendent plus à défendre l'intérêt des parties qui les ont désignés que l'intérêt suprême de la justice.

4° Le caractère exclusivement informatif de l'expertise qui n'est seulement qu'un moyen de preuve, en Cour d'Assises.

De tout ceci, résulte qu'un grand nombre d'aliénés sont condamnés par les tribunaux. Même en France, les statistiques de Maxwell, Pactet et Colin, Garnier et Magnan démontrent qu'en cinq années on condamna injustement 255 aliénés, dont 40 0/0 étaient des paralytiques généraux. En Allemagne, les choses se passent à peu près de la même façon, d'après Mittermayer. En Angleterre, le jurisconsulte Fitzvoy-Kelly

déclara publiquement qu'on assassina légalement, en 64 ans, 60 individus aliénés.

En conclusion, j'accepte volontiers les conclusions des rapporteurs. En ce qui me concerne, j'ajoute que je demande que devienne obligatoire l'examen psychiatrique de tout sujet qui se trouve en prison préventive. Il y a quinze ans, j'avais proposé cette obligation au troisième Congrès Pénitentiaire espagnol. Martin et Albanel avaient déjà proposé la même chose au Congrès d'Anthropologie d'Amsterdam en 1901 et au Congrès international de Washington en 1910 ; le Docteur Kinberg au Congrès d'Anthropologie cr. de Cologne et au IXe Congrès Pénitentiaire International de Londres en 1925.

Le dit examen est déjà obligatoire dans divers états nord-américains, comme l'Etat de *Massachussets*, depuis 1924 ; on y soumet tous les récidivistes et tous les délinquants dont la peine excède trente jours de prison. L'examen obligatoire est prévu par le Code Pénal du Pérou et dans les projets de Code Pénal suédois et suisse. On sait, en outre, que, depuis quelques années, cet examen est pratiqué dans la prison de Fovert, à Bruxelles, par le docteur Verwaeck, pour servir d'orientation au traitement pénitentiaire.

Il va sans dire que, pour pratiquer ces examens, il faut créer des annexes psychiatriques dans les prisons, comme l'a si bien démontré M. Vullien. De plus, il faut créer, pour les juges et les magistrats, un enseignement obligatoire de la psychologie et de la sociologie criminelles, de la médecine légale et de la psychiatrie criminelles, comme on l'avait proposé au Congrès pénitentiaire international de Londres en 1925 et comme ce Congrès l'avait adopté.

Je ne veux pas terminer cette courte intervention sans féliciter cordialement les rapporteurs, MM. Sanchis Banus et Vullien.

M. Pailhas (d'Albi). — Si je prends la parole, quelques secondes seulement, c'est pour appeler votre attention sur un point que je n'ai pas vu figurer à l'exposé de nos excellents rapporteurs, car, s'il y est question de l'application systématique de l'expertise médico-légale à l'enfance délinquante, il me paraît que la mesure devrait être étendue à cette autre *enfance de retour* qu'est l'extrême vieillesse. En ma longue carrière de médecin légiste et psychiatre, j'ai pu voir inculper

et trop souvent condamner de pauvres vieillards dont les actes poursuivis n'étaient que des manifestations de démence, et souvent m'est venu le désir que fût fait, au point de vue médico-légal, ce que j'ai l'honneur de soumettre en ce moment à votre réflexion, à savoir que, au-delà de 70 ans au moins, tout prévenu fût l'objet d'un examen médico-légal.

En ce qui concerne les désaccords qui nous séparent des magistrats et qui uniquement tiennent à la dissemblance de nos études réalisant comme une sorte d'autisme professionnel, j'ajoute qu'il est on ne peut plus souhaitable qu'une même formation interpsychologique, puisée aux mêmes contacts comparés de l'aliéné et du délinquant, nous amenassent vers de communes conceptions au sujet des conditions morbides qui rattachent si profondément les pervers antisociaux de l'une et de l'autre espèces, tous plus ou moins psychopathes. Adoptant alors le même langage, et nous comprenant mieux, nous n'aurions assurément plus à discuter à propos d'irresponsabilité morale, sachant bien. les uns et les autres, que la seule tâche dévolue au médecin légiste est d'être, non métaphysicien, mais simplement médecin.

M. Vullien (rapporteur), remercie le docteur Ley et salue en lui, non seulement un promoteur des Annexes psychiatriques des prisons, mais encore le représentant d'un pays qui toujours fut à l'affût du progrès et sut le prouver.

Avec M. Hesnard, il reconnaît qu'avant d'aborder l'étude psychiatrique du criminel, il faut connaître à fond sa psychologie. Il concède que les preuves de la nature organique de l'amoralité sont loin d'être faites; mais ce qu'on sait, dès maintenant, des syndromes postencéphalitiques des jeunes gens constitue néanmoins à son sens un argument de valeur.

Comme M. Courbon, il est entièrement opposé aux placements en observation des délinquants dans les asiles d'aliénés ; avec MM. Fribourg-Blanc et Pérrussel, il reconnaît qu'il y a beaucoup à faire pour l'élimination des amoraux de l'armée; d'autre part, il se range pleinement aux arguments développés par M. Pailhas.

Enfin, à M. Laignel-Lavastine, M. Vullien répond que jamais il n'eut l'intention de critiquer les conclusions auxquelles était arrivé le Professeur Gilbert Ballet. Il est bien d'avis que les questions de responsabilité sont extra-médicales et doivent être bannies du texte des ordonnances. Mais il

persiste à penser que l'expert aliéniste ne doit pas, ne peut pas se désintéresser du sort réservé au psychopathe délinquant, comme il est trop souvent obligé de le faire dans les conditions actuelles. Il y a simplement une formule nouvelle à trouver et à appliquer,

M. SANCHIS BANUS, rapporteur, répond à M. Hesnard que les réalités les plus pressantes ne sont pas les mêmes dans tous les pays ; ne voulant pas distraire les congressistes en exposant des questions purement espagnoles, le rapporteur s'est tenu volontairement dans un plan général. Vouloir ignorer la notion de responsabilité est bien ; mais les juges la posent, cette question, et il faut bien que les experts répondent. M. Sanchis Banus signale que les questions qui se posent dans l'Afrique du Nord française se posent aussi dans l'armée africaine de l'Espagne.

COMMUNICATIONS

COMMUNICATIONS SUR L'HÉRÉDO-SYPHILIS DANS LES MALADIES MENTALES

L'Hérédo-syphilis chez les malades de la consultation neuro-psychiatrique de l'Hôpital de la Piété

Par MM. Laignel-Lavastine et Jean Vinchon (de Paris)

Les clients de la consultation d'un service hospitalier diffèrent sensiblement des malades d'asiles. Les débiles et les déséquilibrés moyens, émotifs ou non, les psychasthéniques, les comitiaux sans délire, les hébéphréniques capables d'une vie sociale, les délirants non paranoïaques, forment le fond de notre clientèle.

Les *débiles* et les *déséquilibrés émotifs ou imaginatifs* représentent un tiers environ des hérédo-syphilitiques. Dans quelques cas, la syphilis a été décelée chez les parents et les enfants au cours du même examen. Une jeune débile de 14 ans est fille d'un père qui a contracté la syphilis en 1919. Elle présente l'ensemble des stigmates classiques : déformations craniennes et dentaires. L'arriération scolaire est manifeste depuis la puberté. Une sœur de la malade, également débile, présente les même stigmates. La ponction lombaire donne les résultats suivants : Wassermann et Calmette ++, albumine 0,52, lympho 28 par cm^3, benjoin +. L'amélioration de l'état mental par le traitement spécifique ordinaire montre qu'il ne s'agit pas de P. G. juvénile.

Un petit garçon de 6 ans est amené par sa mère. A l'âge de 2 ans 1/2, après une chute, la déficience intellectuelle a été plus manifeste : de la jalousie, des perversions sexuelles précoces, masturbation, cruauté, des craintes sans raison

apparaissent à l'âge de 4 ans. Il est désobéissant et insensible aux châtiments. A l'examen, on remarque les malformations dentaires, un crâne volumineux, mais sans caractères nets. L'enfant urine au lit. Le Wassermann sanguin est positif chez les parents et négatif chez les enfants : néanmoins, le traitement spécifique donne de bons résultats, fait disparaître l'énurésie, atténue les troubles du caractère et les perversions, et permet une reprise du développement intellectuel.

A côté de cas de ce genre, dans lesquels les réactions humorales, positives chez l'enfant ou les parents, imposent un diagnostic évident, d'autres débiles ou déséquilibrés ne présentent aucun symptôme sérologique et sont néanmoins très améliorés par le traitement. Un petit garçon de 5 ans se présente comme un débile instable. Son langage est rudimentaire. Il comprend pourtant la plupart des questions. Son instabilité est aggravée par de véritables crises de tics de la face et des membres. Seules les incisives sont crénelées. Les autres stigmates manquent. L'enfant urine au lit. Il est mis au traitement spécifique. Deux mois après, les progrès commencent. Au bout de trois ans, il est suffisamment amélioré pour fréquenter une école d'enfants anormaux. L'ablation des amygdales accélère le développement physique. Après une varicelle grave, les progrès sont encore plus nets. La maîtresse d'école signale de gros progrès en lecture et en écriture. Aujourd'hui, cet enfant a 9 ans. La maîtresse, après examen à l'aide des tests de Binet et Simon, considère que l'âge mental de l'enfant est 7 ans. Au dernier examen, il paraît encore en progrès. La P. L. a donné des résultats complètement négatifs, ainsi que l'examen du sang.

Une autre fillette de 14 ans est fille d'une syphilitique traitée. Les réactions humorales sont également négatives. Les malformations dentaires (dont un double tubercule de Carabelli), les sclérotiques bleues, nous font appliquer le traitement. L'amélioration est évidente, quoique moins rapide que dans le cas précédent.

Ces exemples, choisis parmi un grand nombre, nous montrent dans les cas douteux : d'abord, la nécessité de l'examen des parents et de l'établissement des commémoratifs héréditaires et personnels aussi complets que possible ; les notions cliniques gardent toute leur valeur, même quand les réactions humorales sont négatives. Leur constatation, même si l'hérédo-syphilis clinique n'est représentée que par un symptôme, suf-

fit à constituer une indication de traitement spécifique, qui améliore souvent les malades.

La fréquence de l'hérédo-spécificité est particulièrement grande chez les *psychasthéniques*. Chez eux, nous retrouvons presque toujours les stigmates de la vagotonie héréditaire : palais ogival, pieds plats, varices, ptoses viscérales, anomalies du système pileux, développement exagéré des amygdales, des ganglions et de l'ensemble du système lymphatique. Les autres stigmates, dits de dégénérescence, et dont Hamel et Lopez Albo montrent le véritable sens, sont également communs chez les psychasthéniques. Enfin, les troubles des fonctions hépatiques et rénales et la diathèse colloïdoclasique, la syphiloclasie de Mlle Pascal, avec son aptitude aux chocs, ont été très souvent retrouvés chez nos psychasthéniques, comme cause prédisposante.

Une jeune fille de 30 ans, fille d'un père syphilitique et « très original », présente, depuis 10 ans, les symptômes classiques de la psychasthénie avec doutes, obsessions, phobies et scrupules. Cette malade est une ptosique avec insuffisance hépatique et rénale. Le métabolisme basal est augmenté de + 30. Les règles insuffisantes. Le pH se maintient à 6,5 et au-dessus, malgré l'emploi de la méthode acidifiante. Les oscillations pondérales sont marquées (différence de 2 à 3 kgr. d'un mois à l'autre). Les réactions humorales sont négatives. Le traitement spécifique remonte un peu la malade, mais n'agit pas sur les troubles digestifs et peu sur les troubles glandulaires. Il n'influence en rien le syndrome psychasthénique, bien qu'il remonte un peu l'état général de la malade.

L'hérédité des psychasthéniques n'est pas seulement spécifique chez presque tous nos sujets, mais encore psychopathique. Mentionnons, à ce dernier titre, une généalogie intéressante, celle de la lignée maternelle d'un psychasthénique.

Le grand-père maternel est mort paralytique général. Sa femme était très intelligente et passait pour remarquable. Le ménage a trois enfants. La fille aînée meurt, sans enfants, d'une crise d'angine de poitrine classique. La seconde fille, âgée de 65 ans, est une cholémique ; elle a hérité de l'intelligence de sa mère, mais avec, en plus, quelques tendances paranoïaques : fausseté d'esprit, orgueil et méfiance ; c'est un type d'intellectuelle sans esprit pratique. Elle épouse un homme normal, qui meurt d'ictus à 80 ans. Le troisième enfant est un homme âgé aujourd'hui de 60 ans, normal au

point de vue psychique, mais migraineux et sujet à l'urticaire. Il est célibataire.

La deuxième fille a quatre enfants : une fille aînée, veuve sans enfants, hypo-ovarienne, ptosique, cholémique et légèrement paranoïaque, comme sa mère; un garçon qui meurt quelques mois après sa naissance, athrepsique ; un fils psychasthénique depuis l'âge de 17 ans et qui a présenté pendant toute sa vie des symptômes d'insuffisance hépatique, à 44 ans est devenu diabétique ; une dernière fille, cholémique, ptosique, asthénique depuis une grossesse, a fait une fausse couche et doit prendre de grandes précautions pour en éviter une seconde. Son enfant présente les symptômes de la cholémie familiale.

Les parents de ces quatre enfants et les trois survivants ont été examinés au point de vue spécifique : les réactions humorales sont toujours restées négatives, même après réactivation chez les parents, chez le fils psychasthénique et la fille asthénique.

On retrouve dans cette observation, outre l'hérédité psychopathique, une aggravation nette de l'insuffisance hépatique à la troisième génération. Cette insuffisance hépatique s'était déjà manifestée chez deux sujets de la deuxième génération, compliquée, dans un cas, de diathèse colloïdoclasique. A la troisième génération, tous les enfants sont atteints : le plus touché, au point de vue hépatique, est aussi le plus touché au point de vue psychique. Ce parallélisme n'est pas toujours la règle. Il nous a paru pourtant qu'il devait être signalé à cause de la fréquence de *l'insuffisance hépatique* chez les psychasthéniques en général, et plus particulièrement chez les *psychasthéniques hérédo-syphilitiques.*

Les *comitiaux* sont très nombreux à notre consultation. Ils viennent immédiatement après les déséquilibrés banaux. Chez les comitiaux jeunes manifestement hérédo-syphilitiques, nous notons la coexistence fréquente d'absences et de crises comitiales. Les premiers essais de traitement réactivent en général les uns et les autres, cause d'échec au point de vue pratique, la famille abandonnant les injections. Si, par contre, sur nos conseils, le traitement est continué, absences et crises diminuent de fréquence et d'intensité. Dans un très petit nombre de cas, il nous est même arrivé de voir disparaître les crises, même après la suspension du gardénal. Dans les quelques observations où des troubles psychiques accompagnaient

les manifestations convulsives, l'angoisse et la tendance aux obsessions ont été surtout améliorées.

Nous pouvons, ici encore, renouveler les réflexions, que nous faisions à propos des malades précédents, et insister sur l'importance des indications cliniques, même en l'absence de signes sérologiques positifs.

Nous avons déjà insisté, d'ailleurs, sur l'importance de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de la *Psychose périodique*. Il existe des exemples très nets dans lesquels le traitement a guéri en quelques jours un accès mélancolique, par exemple. Dans toutes les observations, que nous avons suivies, les réactions sérologiques étaient positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien : on notait les stigmates classiques : craniens, dentaires, etc..., des troubles endocriniens (thyroïde et ovaire); ces derniers ont été améliorés en même temps que les accès dépressifs étaient jugulés. Nous estimons qu'il ne faut pas généraliser les conclusions de ces observations et se méfier de la tendance à considérer le traitement spécifique comme une panacée. Chez un grand nombre de nos périodiques, il est resté sans action, surtout quand la périodicité était associée à la psychasthénie ou aux tendances paranoïaques.

Les succès thérapeutiques obtenus chez certains *hébéphréniques* avaient permis de fonder de grands espoirs sur cette thérapeutique. Nous recevons souvent des hébéphréniques jeunes, au début de la psychose. Des rémissions relatives ont pu être notées quand le tableau de l'hébéphrénie se rapprochait de celui du délire polymorphe des dégénérés de Magnan, mais elles ne permettent pas de parler d'une véritable guérison. Il nous a paru qu'il s'agissait, dans les cas les plus heureux, d'une action indirecte de la médication, qui améliorait surtout les troubles endocriniens, si fréquents chez ces sujets.

La guérison du syndrome « *Automatisme mental* », de G. de Clérambault, par le traitement spécifique, a fait l'objet de nombreuses communications dans ces derniers temps. Une jeune fille de 20 ans, dont les réactions sérologiques étaient légèrement positives ou suspectes, présentait le tableau, aujourd'hui classique, de la prise de la pensée, avec hallucinations psychomotrices. Un de ses frères était atteint de la même psychose, mais plus atténuée. Tous deux furent soumis au traitement spécifique. Au bout de quelques semaines, le frère était guéri, la sœur avait commencé à se rendre compte de la nature exacte de ses troubles dès la première injection.

Bientôt, ses idées de persécution faisaient place à un état anxieux moyen, tandis que les hallucinations disparaissaient, ainsi que la prise de la pensée. La famille la crut guérie et suspendit les injections. L'automatisme mental reparut, avec le même tableau qu'au début, avec une suspension de règles de deux mois. Un nouveau traitement a été institué, mais paraît moins efficace que le premier. Le pronostic de « l'Automatisme mental » dans ce cas, comme dans la plupart des observations, reste sévère, et un optimisme trop hâtif expose le thérapeute aux désillusions.

La *P. G. juvénile* est rare à notre consultation. Nous l'avons observée une seule fois en plusieurs années. La sœur aînée, qui présentait tous les signes de cette affection, a disparu après une seule visite ; son frère, âgé de 15 ans, était atteint de tabès. Ce cas isolé, et qui fut éphémère, ne permet pas de considérations thérapeutiques.

Nous nous sommes étendus surtout, dans cette note, sur les débiles et les déséquilibrés ; c'est que, de tous nos malades, ce sont les plus accessibles au traitement, parce que les moins atteints. Les parents commencent à nous les amener dès les premières années de l'enfance. Il serait désirable qu'ils viennent encore plus tôt et que certains arrêts de développement, trop souvent mis sur le compte du rachitisme, soient rapportés à leur véritable cause. Le rôle de l'hérédo-syphilis sera d'autant plus réduit, dans l'étiologie des affections mentales, qu'elle sera décelée plus précocement.

Son rôle étiologique immense nécessite maintenant l'étude des processus pathogéniques multiples, qui s'insèrent entre la syphilis acquise de l'ascendant et la variété des expressions neuro-psychiques de la descendance.

Quelques moyens cliniques à propos du diagnostic de l'hérédo-syphilis à forme mentale

Par N. Decamps et G. Vermeylen (de Bruxelles)

Dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, le diagnostic de l'étiologie hérédo-syphilitique d'un syndrome mental est toujours d'une extrême complexité. Il faut s'astreindre à rejeter tout diagnostic d'hérédo-syphilis, soit probable, soit possible : cette étiologie doit être nettement définie, puisqu'il en découlera une action thérapeutique devant être longuement poursuivie et qu'il ne serait pas sans danger d'appliquer à des malades non spécifiques. D'où diagnostic difficile, et, cependant, diagnostic devant être très précis. Il faudrait donc pouvoir s'appuyer sur une série de signes qui emportent une conviction définitive. Nous ne dirons rien des altérations morphologiques, ni des malformations dentaires, ni des lésions oculaires ou labyrinthiques, ni des périostites des os longs, et surtout de la table interne des os du crâne, ni de l'examen hématologique, ni de l'atteinte des systèmes réticulo-endothélial et endocrinien, ni des signes cardiaques. La recherche de ces signes est du ressort du médecin spécialiste, et entraîne des examens de laboratoire longs et coûteux. Nous avons voulu faire œuvre utile en mettant à la disposition des aliénistes et neurologistes les résultats de notre expérience en ce qui concerne des signes aisément mis en évidence par les méthodes cliniques habituelles.

Nous voudrions parler de l'enquête familiale, des convulsions, du Bordet-Wasserman et de l'épreuve thérapeutique.

I. L'enquête familiale

C'est ici l'assise fondamentale du diagnostic de la syphilis héréditaire. Il faut interroger et examiner non seulement les frères et sœurs du malade, mais aussi s'informer de l'existence d'enfants morts en bas âge, d'enfants mort-nés, d'avortements,

et surtout, de l'époque de la grossesse où ces avortements ont eu lieu. On sait qu'une fausse-couche au dela du 6ᵉ mois de la grossesse a une très grosse valeur de présomption. Il est très utile, également, d'interroger et d'examiner les parents, leurs collatéraux et la descendance de ceux-ci. L'exemple suivant illustrera bien le résultat qu'on peut attendre d'une enquête familiale bien conduite :

Nous sommes consultés au sujet d'un petit épileptique de 6 ans. L'examen clinique le plus minutieux ne nous apporta que quelques signes de présomption. Des examens sérologiques multiples, après réactivation, après traitement d'épreuve, l'analyse la plus complète du liquide céphalo-rachidien, furent négatifs. Les parents, examinés par les mêmes méthodes, y compris la ponction lombaire, ne nous donnèrent aucune preuve de syphilis acquise. Mais deux frères, l'un moins âgé — 4 ans, — l'autre plus âgé — 8 ans — que notre petit épileptique, ceux-ci sans aucune symptomatologie nerveuse, présentant seulement, au point de vue somatique, quelques signes également de légère présomption, à sérologie sanguine négative, donnèrent tous deux un liquide céphalo-rachidien à B.-W. fortement positif et à hyperglobulinose. Ce ne fut donc qu'un examen familial très poussé, qui permit d'affirmer l'origine hérédo-syphilitique de cette épilepsie, qui paraissait essentielle, et cette étiologie fut confirmée par les résultats magnifiques d'un traitement uniquement spécifique.

II. Les convulsions

Confirmant les statistiques de l'Ecole de Nobécourt, il ne nous a pas paru que les convulsions fussent plus fréquentes chez les enfants atteints que chez les enfants exempts de spécificité, c'est dire que, dans l'interrogatoire médical, l'existence de convulsions ne sera presque d'aucune valeur dans la détermination de la cause du syndrome mental. Si l'on considère le groupe de 200 enfants que nous avons examinés à nos consultations, les convulsions ne furent relevées que dans 6 0/0 des cas. Mais, fait intéressant, chez ces spécifiques, les convulsions sont presque toujours de nature organique. Elles débutent, à un âge très jeune, par un accident hémiplégique ou paraplégique. Puis, des crises d'abord toniques, ensuite cloniques, se manifestent dans le membre atteint pour, à la longue, intéresser les membres non paralysés, don-

nant le tableau classique de l'accès épileptique. A ces accès, survivent des signes, ou bien transitoires, ou bien définitifs, qui sont les suivants : atrophie des muscles, parésie, aphasie, exagération des réflexes tendineux, Babinski, voire même de l'inégalité pupillaire.

Il en résulte que, si nous attachons peu d'importance au symptôme convulsions, en général, il nous semble qu'il faut considérer comme presque pathognomoniques des accès épileptiques survenant après un accident d'ordre artériel.

III. Le Bordet-Wasserman

On sait combien la recherche du B.-W. est souvent décevante dans la syphilis héréditaire. Cependant, il semble bien que, dans les formes neurologiques et mentales, la sérologie soit plus fréquemment positive que dans les autres formes, de la même façon que, chez l'adulte, les formes anallergiques de la syphilis acquise : paralysie générale et tabès, donnent des réactions sérologiques positives, plus fréquentes que les formes allergiques.

Nous nous rallions aux chiffres trouvés par les rapporteurs J. Hamel et Lopez-Albo, donnant 70 0/0 de réactions positives chez leurs malades. Nos résultats concordent avec les leurs. Nous insistons sur le fait que les réactions sont souvent négatives dans le sang, que ces réactions, d'abord négatives, peuvent devenir parfois positives, soit après réactivation, soit après traitement d'épreuve, enfin, qu'elles sont assez souvent positives dans le liquide céphalo-rachidien.

IV. L'épreuve thérapeutique

Il faudra en user avec beaucoup de discernement. Appliqués à tort, nos traitements arsenicaux et bismuthiques peuvent faire beaucoup de dégâts. Cependant, l'utilité de cette épreuve nous apparaît nécessaire, lorsque l'examen clinique révèle des signes suffisants de présomption. On obtiendra parfois le résultat étiologique espéré : la réaction de B.-W. deviendra positive. On obtiendra souvent, presque toujours, de bons résultats thérapeutiques. Ces derniers, si importants au point de vue social, permettent-ils, à eux seuls, de faire le diagnostic rétrospectif de l'hérédo-syphilis ? Grave question, qu'il est encore impossible de trancher.

Conclusions

Dans le diagnostic de la syphilis héréditaire à forme mentale, trois ordres de renseignements sont de première valeur : l'enquête familiale, la nature organique des convulsions, la recherche systématique et répétée du B.-W. L'épreuve thérapeutique donnera souvent de bons résultats.

(Dispensaire de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale et consultations pour maladies héréditaires de la Ligue nationale belge contre le péril vénérien).

Considérations sur l'hérédo-syphilis en psycho-pathologie infantile

Par les D[rs] VERMEYLEN et DECAMPS (de Bruxelles)

L'importance de la valeur étiologique de l'hérédo-syphilis dans les anomalies mentales de l'enfance et de l'adolescence grandit avec nos moyens d'investigation. Il suffit, à cet égard, de comparer les statistiques datant de vingt à trente ans avec celles d'aujourd'hui, pour voir le chemin parcouru. C'est ainsi que le pourcentage ancien de Fletcher, Brach, Suttleworth, Potts, Ley, oscillent entre 2 à 5 0/0. Les recherches plus récentes, au contraire, donnent une fréquence beaucoup plus considérable : Kroeber, en Allemagne, 21 0/0 ; Atwood, en Amérique, 15 0/0 ; Dean, en Angleterre, 15 0/0 ; Heuyer, enfin, en France, dans une statistique toute récente, arrive au chiffre élevé de 40,2 0/0 d'hérédo-syphilis certaine ou probable, parmi les enfants anormaux. C'est à un pourcentage assez rapproché que l'un de nous est arrivé, dans des recherches faites à la colonie de Gheel et communiquées à ce Congrès en 1925. Sur 189 enfants anormaux, 34 ont eu un B.-W. positif dans le sang, soit 18 0/0, et 41, soit 21 0/0, avaient des signes cliniques de probabilité. Ce qui faisait 39 0/0 d'hérédo-syphilis certaine ou probable. Dans toutes ces recherches, on a essayé d'établir, dans des groupements d'enfants anormaux, le pourcentage des hérédo-syphilitiques et de résoudre ainsi un problème étiologique.

Au dispensaire d'hygiène mentale infantile de Bruxelles, nous avons, en collaboration étroite avec les services du dispensaire des maladies héréditaires, essayé d'aborder le même problème, sous un angle nosologique. Nous avons examiné, au point de vue mental, tous les enfants hérédo-syphilitiques qu'un examen très précis avait pu dépister.

De l'ensemble des constatations faites de cette manière, nous pouvons déduire un axiome de base, qui a presque la rigueur d'une loi. On peut dire, en effet, que, *dans tous les cas*

d'hérédo-syphilis certaine, l'enfant est, ou sera, atteint au point de vue neuro-psychique. Dans un nombre de cas très grand, en effet, les anomalies mentales peuvent se faire jour assez tardivement, et notamment au cours de la période pubérale. Si nous essayons une classification des manifestations mentales chez les hérédo-syphilitiques, nous voyons donc que nous pouvons déjà distinguer deux grands groupes : celui dans lequel les symptômes mentaux sont congénitaux, et celui où ils sont tardifs, se présentant aux environs de la période pubérale, ou même plus tard encore.

Les formes congénitales dominent vraiment toute la psychopathologie infantile. Elles peuvent donc, comme cette dernière, reconnaître deux grands aspects. Tout d'abord, l'oligophrénie, allant de l'idiotie la plus profonde à la débilité mentale légère. C'est elle, surtout, qu'on a décrite, et qui a retenu le plus l'attention. Elle répond souvent aux formes cicatricielles de l'hérédo-syphilis, avec réactions sérologiques atténuées et dysmorphoses assez apparentes. C'est dans ces formes mentales, également, qu'on rencontre le plus fréquemment de l'épilepsie avec réactions motrices généralisées, ou plus souvent encore localisées.

Ensuite, les troubles du caractère, dont l'étiologie hérédo-syphilitique n'a pas été assez suspectée, nous semble-t-il, jusqu'ici. Ces anomalies caractérologiques peuvent revêtir tous les aspects connus. Elles se manifestent pourtant avec prédilection, sous une forme qui rappelle assez l'hypomanie de l'adulte, et qui n'est pas sans certaines analogies avec le syndrome mental atténué des paralytiques généraux au début.

Ces deux formes congénitales peuvent, bien entendu, être mêlées, et rares sont les oligophrènes qui ne présentent pas, peu ou prou, quelques troubles du caractère.

Les formes tardives peuvent, elles aussi, porter de façon prédominante sur le domaine intellectuel, soit déterminer des syndromes vésaniques.

Dans le premier cas, il s'agit de manifestations démentielles survenant sans causes apparentes et déterminant, soit un arrêt brusque, soit une régression progressive des processus intellectuels. A cet égard, il nous semble probable qu'un certain nombre de cas de démence simple, assez rapprochée du type décrit par Morel, répondent à l'étiologie hérédo-syphilitique. Quelques cas, que l'un de nous a suivis, sont tout à fait démonstratifs à cet égard. Sous la même rubrique peu-

vent se classer les cas de paralysie générale infantile ne relevant pas d'une syphilis acquise dans le bas âge.

Les formes vésaniques sont d'une interprétation plus délicate. Plus on avance en effet en âge, et plus l'étiologie hérédo-syphilitique devient difficile à affirmer et à prouver. Les aspects les plus fréquents sont les suivants :

1° Les troubles mentaux à allure psychasthénique avec aboulie, désintérêt social et professionnel, timidité, inertie psychique, survenant aux environs de la puberté, chez un individu jusque-là normal, au point de vue psychique.

2° Le syndrome de la démence précoce, à type surtout hébéphrénique, dont Marchand a décrit récemment encore un cas indubitablement hérédo-syphilitique.

3° La forme hypomaniaque, avec euphorie, logorrhée, assurance immotivée, hyperactivité inutile ou nuisible.

Comme nous l'avons dit, ces formes tardives se déclanchent surtout au cours de la période pubérale, et sont conditionnées par le coup de fouet endocrinien inhérent à cette période. Dans tous ces aspects cliniques, on peut retrouver, au point de vue anatomo-pathologique, tantôt les formes cicatricielles stationnaires, dépendant surtout d'une syphilis de deuxième génération, tantôt les formes fonctionnelles évolutives, qui se rencontrent plus souvent dans les syphilis de première génération. Les réactions sérologiques sont, en gros, d'autant plus nettement positives qu'on va des formes stationnaires aux formes évolutives, des formes déficitaires congénitales aux formes neuro-psychiques tardives. Corollairement, d'après les statistiques des auteurs, le B.-W. est positif dans environ 70 0/0 des cas d'hérédo-syphilis neuro-psychique, alors qu'il ne le serait que dans 5 à 20 0/0 des cas sans manifestation neuro-psychique. Il se produit, en somme, un phénomène assez semblable à celui qu'on constate dans le tertiarisme de l'adulte où les manifestations neuro-psychiques du tabes et de la paralysie générale donnent des réactions sérologiques plus nettement et plus massivement positives que dans les formes organiques.

Nous avons pu, enfin, suivre les effets du traitement spécifique chez nos hérédo-syphilitiques et noter les répercussions qu'il avait sur leurs manifestations mentales.

Nous n'insistons pas sur l'amélioration rapide et considérable de leur état physique général et sur l'influence que le trai-

tement a fréquemment sur les manifestations nerveuses telles que l'épilepsie.

Au point de vue psychique, ce sont surtout les troubles du caractère qui sont rapidement et nettement influencés par le traitement, au point d'étonner les parents eux-mêmes. L'enfant devient plus sage, plus gentil, dort mieux, son comportement se rapprochant de plus en plus de celui d'un enfant normal.

Le côté intellectuel, quoique moins tangible, peut néanmoins être influencé dans une mesure qu'il est possible de déterminer plus ou moins. Il est tout d'abord améliorable dans les cas où son développement intellectuel est gêné par les troubles du caractère, et, en tout premier lieu, par l'instabilité du sujet. L'enfant devenant plus calme et maître de lui, plus capable de fixer des notions nouvelles et de s'appliquer à les utiliser. Il est également améliorable dans la mesure où le déficit est fonctionnel et n'atteint pas le fond intellectuel lui-même. C'est ainsi qu'on peut voir de jeunes idiots, sous l'influence du traitement, progresser au point de vue intellectuel, dans les limites même de leur idiotie, alors qu'auparavant ils étaient restés de longues années stationnaires. Il se produit, en fait, alors, ce qu'on constate chez certains paralytiques généraux malarisés, qui, tout en ne récupérant pas leur intégrité intellectuelle entière, s'améliorent dans la mesure où leur déficit mental dépend de troubles cérébraux fonctionnels.

L'étude des hérédo-syphilitiques permet donc, non seulement des considérations nosologiques utiles à démêler la complexité des manifestations psycho-pathologiques infantiles et juvéniles, mais encore des constations permettant de sérier les cas au point de vue du pronostic.

COMMUNICATIONS
SUR LES TROUBLES SENSITIFS
DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

A propos de la question des troubles sensitifs dans la Sclérose en plaques

Par le Dr Jean Sebek (de Prague)

A la clinique neurologique de Prague (professeur Haskovec), nous avons eu l'occasion de suivre les modifications de la sensibilité dans 75 cas de sclérose en plaques, et cela, tant dans des formes au début, que chez des sujets chez lesquels la maladie était en pleine évolution. Sur ce nombre, on constatait, chez 55, des symptômes témoignant d'une altération du système sensitif. Dans 46 cas, les modifications sensitives ont inauguré le tableau de la maladie, dans 9 autres cas, on les a noté au cours de l'évolution ultérieure de la maladie. Les troubles étaient, pour la plupart, d'ordre subjectif, bien que, dans 18 cas, nous ayons pu constater des altérations objectives de la sensibilité.

En ce qui concerne la qualité *des modifications subjectives de la sensibilité*, les malades se plaignaient surtout de douleurs, de paresthésie : sensations de fourmillement, d'engourdissement, de froid et de chaleur.

Les douleurs étaient, pour la plupart, momentanées, fugitives, rappelant souvent les douleurs lancinantes du tabès. Elles se rencontraient surtout dans les membres inférieurs, allant

de la cuisse dans la direction du pied et imitant souvent les douleurs sciatiques ; d'autres fois, elles étaient localisées dans le dos, la poitrine, la colonne vertébrale lombaire et les reins. Moins fréquemment, les malades dénonçaient des douleurs analogues dans les membres supérieurs et la région cardiaque. A titre isolé, nous avons noté des douleurs à la nuque, dans les oreilles et aux dents. Les paresthésies que nous avons constatées chez nos malades étaient, la plupart du temps, des sensations de fourmillement, d'engourdissement, localisées exclusivement, — sauf un cas de fourmillement à la nuque, — dans les membres.

Parmi *les modifications objectives,* les cas les plus fréquents étaient ceux d'hypoesthésie, qui s'étendait à toutes les qualités de la sensibilité (9 cas) ; moins fréquents étaient les cas d'hyperesthésie (6 cas), plus rares encore ceux d'affaiblissement isolé de la sensibilité vibratoire (3 cas), et la complète anesthésie de toutes les qualités de la sensibilité (1 cas).

Le temps étant trop limité, je passe sous silence la description détaillée de ces manifestations pathologiques.

Les observations faites dans nos cas montrent que les modifications de la sensibilité dans la sclérose en plaques sont très fréquentes, à condition de le rechercher. Au début, ce sont les symptômes subjectifs qui prévalent ; plus tard se développent les modifications objectives, partant des signes d'irritation pour en arriver aux symptômes de la diminution et de l'extinction de la fonction. La topographie de ces troubles indique un substratum tantôt cérébral, tantôt spinal, tantôt, enfin, périphérique. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle correspond aux régions de la sensibilité médullaire ou périphérique, la plupart du temps elle ne correspond ni aux unes ni aux autres.

En ce qui touche la localisation du processus anatomopathologique, qui expliquerait l'existence des modifications sensitives dans la sclérose en plaques, on peut prendre en considération le siège des altérations anatomiques dans le système nerveux central, aux racines médullaires et sur les méninges, partout où l'on en a trouvé et décrit. Mais, en outre, nous pensons qu'il faut aussi considérer la possibilité d'une localisation du processus pathologique dans le *système sympathique.*

D'après les nouvelles recherches, il existe des rapports intimes entre le sympathique et la sensibilité. A la suite des observations expérimentales et cliniques de Leriche et Fon-

taine (1), Pette (2), a attiré l'attention sur les modifications subjectives et objectives de la sensibilité chez des sujets qui avaient subi des interventions chirurgicales sur le sympathique. Il pense qu'il existe des rapports intimes et réciproques entre la sensation de douleur et le processus fonctionnel dans le sympathique. Chacune des qualités d'excitation sensitive est soumise à l'influence des fonctions sympathiques. Les troubles de la sensibilité, à la suite d'altération locale du sympathique, peuvent prendre des formes multiples, comme il résulte de la morphologie de ce système ; une altération locale peut retentir fonctionnellement sur tout le système. Les lésions du système sympathique transforment, d'après Pette, le caractère de la perception, et cela, à l'intérieur de la sphère atteinte.

Cela donné, nous sommes justifiés de nous occuper, en étudiant les troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques, du système sympathique. On trouve, malheureusement, chez les auteurs, très peu de données sur les modifications anatomiques du sympathique dans la maladie en question. Récemment, Laignel-Lavastine (3) a cité le cas de Graupner, présentant des plaques sclérotiques dans le ganglion semilunaire droit, en même temps qu'une dégénérescence secondaire du splanchnique gauche, et il cite encore d'autres cas d'altérations du ganglion semilunaire dans cette maladie.

Ces cas prouvent l'existence des modifications anatomopathologiques dans le sympathique. Les altérations fonctionnelles dans le domaine du sympathique, observées dans la sclérose en plaques, témoigneraient aussi de l'existence de ces modifications. Parmi elles, il faut citer : en première ligne, les troubles de la miction, de la défécation, et, dans la sphère génitale, de plus des troubles de l'innervation vasomotrice, notamment dans les membres, et, finalement, les troubles de la sphère affective qui a, comme nos observations l'ont montré, des rapports très étroits avec l'innervation sympathique.

L'existence des modifications de l'innervation sympathique dans la sclérose en plaques a été encore prouvée par notre examen des réflexes sympathiques dans cette maladie. D'après nos observations, nous y constatons généralement le réflexe oculocardiaque négatif et le réflexe solaire positif. Dans tous

(1) *Revue neurol.*, 1925, I, 483.
(2) *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde*, vol. 101, p. 143.
(3) *Pathol. du sympathique*, Paris, 1924, f., Alcan.

les cas, sans exception, que j'ai communiqués dans mon travail « *Contribution clinique à la physiopathologie du sympathique* » (1), et où j'ai trouvé cet état d'irritabilité sympathique, il s'agissait aussi de modifications subjectives de la sensibilité, et cela, dans le sens d'une irritation. Au contraire, dans un seul cas, où le réflexe oculocardiaque était exagéré et le réflexe solaire négatif, on ne constatait aucune modification de la sensibilité. Il nous est donc apparu un parallélisme entre les modifications irritatives de la sensibilité et l'augmentation d'irritabilité du système orthosympathique, ce parallélisme ne me paraît pas dû au hasard.

Ce qui est encore intéressant, ce sont les rapports entre les modifications subjectives de la sensibilité et l'état atmosphérique. Nos malades se plaignaient souvent d'une exacerbation de leurs douleurs et de leurs paresthésies, lorsqu'il se préparait un changement atmosphérique, notamment avant la pluie. Il ne semble pas douteux que ces influences atmosphériques sur l'organisme aient pour intermédiaire justement le système sympathique (2), qui, non seulement commande tout le chimisme physique de l'organisme, mais réagit vivement à toutes les modifications biochimico-physiques.

Si nous admettons l'étiologie toxi-infectieuse (spirochétose ?) de la sclérose en plaques, la participation du sympathithique à sa formation nous apparaît encore plus clairement. Rappelons-nous que les premières attaques des maladies toxi-infectieuses atteignent, généralement, en première ligne, le sympathique, de quelque infection qu'il s'agisse. A côté des symptômes cliniques témoignant d'une altération de l'innervation sympathique, on trouve là aussi, généralement, parmi les symptômes les plus fréquents, des troubles de la sensibilité. Ces troubles, qui sont, en règle générale, d'ordre subjectif, se rencontrent, la plupart du temps, dans le stade « préclinique » de la maladie, alors qu'il ne s'est pas encore produit de manifestations des symptômes cliniques typiques. L'altération simultanée de la sensibilité et du système sympathique nous paraît manifeste, et cela prête un certain appui à l'idée que les modifications de la sensibilité apparaissent ici

---

(1) *Neuropathologické príspèvky*, III, Praha, 1927.
(2) Haskovec. — Sur la question de la localisation de la conscience centrale. *Revue v neurologii*, 1510.

uniquement comme un des nombreux indices de l'altération du sympathique.

La dépendance des modifications de la sensibilité du sympathique nous semble être corroborée par le succès chimiothérapeutique obtenu dans quelques-uns de nos cas. Chez quelques malades souffrant de paresthésies et de douleurs rebelles au traitement ordinaire, nous avons essayé d'exercer une action directe sur le sympathique. Partant de la supposition que les modifications subjectives indiquées pouvaient être en connexité avec l'augmentation de l'irritabilité de l'orthosympathique, clairement prouvée par la positivité du réflexe solaire, nous avons essayé d'abaisser cette irritabilité en appliquant une substance antagoniste de l'adrénaline : le gynergène. Nous avons, jusqu'à présent, donné du gynergène dans quatre cas. Dans deux de ces cas, les douleurs ont diminué dès le troisième jour du traitement comportant l'absorption de 4 tablettes par jour, et elles ont complètement disparu au bout de 5 à 7 jours. Dans les deux autres cas, les douleurs se sont transformées, le 3e et 4e jour, en paresthésies, qui ont diminué d'intensité au cours du traitement ultérieur, mais sans disparaître complètement. L'abandon de la préparation a été suivie d'une récidive des troubles de la sensibilité, qui n'ont pas disparu après application de luminal et de salicylate, que nous avons employé à titre de contrôle. Mais une nouvelle application de gynergène a amené une amélioration des douleurs. Nous avons obtenu des résultats analogues, mais moindres, en employant la physiostigmine à petites doses.

Au contraire, l'application d'atropine n'a pas eu de succès. L'adrénaline a encore moins réussi. Dans un cas, nous avons essayé d'influencer les douleurs du malade par l'hydrothérapie locale ; tandis que l'application d'eau froide avait pour conséquence une exacerbation des douleurs, un soulagement suivait l'application de bains chauds. Involontairement, on pense à la conception de Stahl (1), d'après laquelle un bain chaud produit une tonisation du pneumogastrique, un bain froid une tonisation du sympathique.

En face de ces considérations et expériences, il ne nous semble pas douteux que le système sympathique intervient dans une grande mesure dans le mécanisme des modifications

---

(1) *Deut. med. Woch.*, 1924, 35.

de la sensibilité dans la sclérose en plaques, et notamment la partie orthosympathique de l'innervation végétative.

M. Laignel-Lavastine (de Paris), à l'occasion du remarquable mémoire de M. Sebek (de Prague), sur le rôle du sympathique dans la sclérose en plaques, le remercie d'avoir rappelé son observation de 1902 de lésions du grand splonchnique et du ganglion semi-lunaire dans un cas de sclérose en plaques. Il insiste sur le caractère clinique de manifestations sympathiques de beaucoup de dysesthésies et paresthésies du début de la sclérose en plaques. Il rapproche ces variations de celles de la sensibilité météorique. Et, se basant sur les constatations cliniques et les réactions pharmacologiques, surtout l'amélioration des dysesthésies par le tartrate d'ergotamine, inhibiteur de l'ortho-sympathique, il émet l'hypothèse que certaines de ces dysesthésies sont l'expression d'une hyperexcitabilité orthosympathique.

Les troubles sensitifs dans vingt-six cas de sclérose en plaques

Par MM. Laignel-Lavastine et N.-Th. Koressios

Tous les auteurs ont noté la fréquence des troubles sensitifs dénonciateurs d'une sclérose en plaques à son début.

Nos constatations personnelles, portant sur un ensemble de vingt-six cas observés ou suivis durant le cours de ces trois dernières années, concordent avec cette façon de voir. Il n'en est pas de même des troubles sensitifs observés au cours d'une sclérose en plaques constituée, évoluant depuis un certain nombre d'années. En ce cas, les troubles de la sensibilité ne sont pas la règle. En effet, nous n'avons relevé des troubles de la sensibilité subjective que dans 40 0/0 des cas observés, et dans deux cas, des troubles de la sensibilité objective. Cela, lorsque nous avons à faire à des cas purs de sclérose en plaques. Au contraire, lorsqu'à une sclérose en plaques légitime s'ajoute une syphilis acquise, héréditaire ou présumée cliniquement, nous avons observé beaucoup plus fréquemment des troubles de la sensibilité subjective et objective. Voici les observations.

A. — Malades vus dans les premiers mois de leur affection (6 premiers mois)

Nous rapportons l'observation de cinq de ces malades :

G... Robert. Maladie ayant débutée en février 1927, par dysesthésies diverses, engourdissements, fourmillements. A son entrée dans le service, paraplégie spastique complète, troubles sphinctériens. Double Babinski. Nystagmus. Troubles de la sensibilité subjective : dysesthésies, fourmillements, engourdissements ; objective : hyperesthésies à distribution non radiculaire, variables suivant les jours. Retard dans les sensations.

B... Denise. Début en décembre 1927. Paraplégie spastique légère. Léger syndrome cérébelleux. Double Babinski. Nystagmus. Troubles de la sensibilité subjective : dysesthésies.

M... Madeleine. Début en avril 1928. Paraplégie spastique totale. Très légers troubles cérébelleux. Pas de nystagmus. Opérée plusieurs fois du petit bassin. Troubles sphinctériens. Troubles de la sensibilité subjective : sensation de genoux enflés, douleurs, fourmillement ; objective : retard de la sensation tactile et douloureuse à la face interne de la jambe gauche.

M... Léa. Début en septembre 1928 par des engourdissements dans le membre inférieur droit. Fin décembre, insensibilité tactile de l'auriculaire droit. Diplopie. A son entrée dans le service, présenta un syndrome, surtout cérébelleux. Nystagmus provoqué. Hyperexcitabilité labyrinthique. Double Babinski. Troubles de la sensibilité subjective : sensation de marcher sur du velours ; objective : rien aux membres inférieurs, rien au membre supérieur droit ; au membre supérieur gauche, perte totale de la sensibilité tactile, s'étendant jusqu'à l'avant-bras, se localisant ensuite suivant un territoire innervé par le cubital gauche. Perte du sens stéréognostique, avec conservation du sens baresthésique et de la sensibilité osseuse.

Sp... Antoine. Début en octobre 1928. Vertige et troubles mentaux. Impulsions. Idées de suicide. Accès dépressif. Syndrome de Claude Bernard-Horner gauche. Troubles de la sensibilité : nuls.

Nous notons donc, chez ces cinq malades, les phénomènes sensitifs suivants :

a) Chez quatre d'entre eux, troubles subjectifs de la sensibilité, rien chez le cinquième.

b) Chez trois d'entre eux, troubles objectifs caractérisés par de l'hyperesthésie à distribution non radiculaire chez un malade, du retard dans les sensations chez le second, des troubles de la sensibilité profonde et superficielle tactile chez le troisième.

B. — Malades en pleine évolution de leur affection

Nous rapportons l'observation de *vingt et un* de ces malades. Nous pourrions les diviser suivant que l'on peut mettre en évidence chez eux une syphilis acquise ou héréditaire ou non.

Nous divisons en cas où la syphilis est présumée et cas où elle ne l'est pas.

1. Cas où la syphilis est présumée

a) Syphilis acquise. (Réactions humorales positives)

B... Mme. Début de sclérose en plaques en 1911, par troubles de la sensibilité tactile, zones d'anesthésie à la jambe et à la taille gauches ; insensibilité au chaud et au froid; l'année suivante perte presque totale de la vue de l'œil gauche. Trois fausses couches. Wassermann fortement positif. Examinée en janvier 1929, présente une paraplégie spastique prédominant à droite, peu de troubles cérébelleux.

Troubles de la sensibilité subjective : sensation de marcher sur du coton, fourmillement aux doigts, sensation pénible à l'approche d'objets froids ; objective : hypoesthésie aux membres inférieurs.

Conclusion : Chez une malade présentant une sclérose en plaques absolument légitime au cours d'une syphilis, les troubles de la sensibilité subjective et objective sont actuellement encore, c'est-à-dire dix-huit ans après le début de la maladie, très nets.

b) Syphilis présumée par la clinique avec réactions humorales négatives

1. G... Mme. Début de sclérose en plaques en 1926, Paraplégie spasmodique prédominant à droite. Ictus aphasique. Une fausse couche. Troubles de la sensibilité subjective : fourmillements ; objective : nuls.

2. C... Mme. Début de la maladie en 1919. Forme surtout cérébelleuse. Leucoplasie buccale. Ponction lombaire négative. Troubles de la sensibilité subjective : dysesthésies diverses.

Conclusion : Chez deux malades, présentant une sclérose en plaques légitime avec stigmates d'atteinte syphilitique et réactions humorales négatives, on note actuellement des troubles de la sensibilité subjective.

c) Syphilis présumées héréditaires avec réactions humorales négatives

1. B... Paul. Début en 1918. Paraplégie complète avec syndrome cérébelleux très accusé. Hérédité spécifique reconnue.

Troubles de la sensibilité subjective : dysesthésies ; objective: nuls.

2. L... Mlle. Début en 1924 par névralgies intercostales. Causalgie. Hyperesthésies. Fourmillements. Sensation de marcher sur des aiguilles. Actuellement paraplégie spastique à prédominance droite et troubles cérébelleux marqués.

Troubles de la sensibilité subjective : dysesthésies, sensations de courants électriques ; objective : retard dans les sensations, zones hypoesthésiques dans les membres inférieurs.

Conclusion : Chez deux malades, présentant une sclérose en plaques légitime et une hérédité spécifique avec réactions humorales négatives, nous notons, chez les deux, des troubles de la sensibilité subjective et chez un des troubles de la sensibilité objective.

2. Cas où la syphilis n'est pas présumée

(Sclérose en plaques pure)

Chez seize malades anciens, dont nous possédons l'observation, nous notons *actuellement,* des troubles légers de la sensibilité subjective chez quatre d'entre eux et des troubles de la sensibilité objective chez deux.

Par conséquent, dans les vingt-six cas de sclérose en plaques que nous avons suivis ou observés :

1. Lorsque la maladie est récente, nous avons presque constamment observé des troubles de la sensibilité. Ces troubles concernent la sensibilité subjective ou objective.

Sur cinq malades observés au début de leur maladie

a) quatre présentaient des troubles de la sensibilité subjective (soit 80 0/0 des cas) ;

b) trois présentaient des troubles de la sensibilité objective (soit 60 0/0 des cas).

2. Lorsque la maladie est ancienne, nous avons constaté qu'au moment même, où nous pratiquons l'examen des malades, les troubles de la sensibilité subjective ou objective font défaut *dans la plupart des cas,* sauf lorsque la sclérose en plaques vient à évoluer sur de la syphilis héréditaire ou acquise.

Sur vingt et un malades observés ou suivis présentant une sclérose ancienne,

a) lorsque la sclérose en plaques est pure (seize cas), nous avons observé des troubles de la sensibilité subjective chez quatre malades (25 0/0 des cas); et nous n'avons jamais noté de troubles de la sensibilité objective superficielle.

b) au contraire, lorsque la syphilis est en jeu (cinq cas), qu'elle soit acquise, présumée cliniquement ou héréditaire, nous avons observé des troubles de la sensibilité subjective chez tous les malades (100 0/0 des cas) ; des troubles de la sensibilité objective chez trois malades sur cinq (60 0/0 des cas).

Est-ce à dire que la syphilis soit responsable à un certain point des troubles sensitifs d'une sclérose en plaques constituée ? Nous ne saurions être affirmatifs à cet égard, d'autant plus que nos statistiques elles-mêmes ne tranchent pas absolument la question, qu'elles ne reposent, d'autre part, que sur l'examen d'un nombre relativement petit de malades.

Quoi qu'il en soit, la constatation de troubles sensitifs marqués au cours d'une sclérose en plaques *constituée* et évoluant depuis un certain nombre d'années doit, à notre sens, inciter le clinicien à rechercher plus attentivement encore les signes cliniques ou les stigmates révélateurs d'une syphilis soit acquise, soit héréditaire.

Les troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques

Par J. Abadie et E. Laubie (*de Bordeaux*)

Nous avons eu l'idée d'apporter une contribution à l'étude des troubles de la sensibilité dans la sclérose en plaques, en recherchant systématiquement la mention de troubles de cette nature dans toutes les observations qui sont en notre possession.

Sur un nombre total de 135 observations portant diagnostic de sclérose en plaques, après élimination sévère de toutes celles dans lesquelles ce diagnostic n'était pas démontré sans conteste, par l'autopsie, par l'évolution, par un ensemble symptomatique significatif ou par un contrôle humoral liquidien, il est resté entre nos mains un nombre de 56 observations utilisables pour nos recherches. Ces 56 observations ont été prises à des dates souvent très éloignées les unes des autres. Aucune d'elles n'a été recueillie spécialement dans le but d'une étude systématique des troubles de la sensibilité.

Groupées uniquement au point de vue des troubles de la sensibilité dans leur ensemble, ces 56 observations se partagent en deux grandes catégories : 18 d'entre elles ne contiennent aucune indication de troubles sensitifs quelconques ; 38 au contraire font mention de troubles sensitifs. Ces chiffres autorisent donc déjà à formuler une première conclusion, à savoir que la sclérose en plaques comporte des troubles évidents de la sensibilité dans 68 0/0 environ des cas.

Les 38 observations portant mention des troubles de la sensibilité ont été analysées en considérant ces derniers en rapport avec les différentes étapes de l'affection, c'est-à-dire à son début, pendant les poussées évolutives, à la période d'état, et dans sa phase terminale.

1. Pour ce qui est de la *période de début,* 17 observations sur 38, soit 45 0/0 environ, signalent des troubles sensitifs. Fait intéressant à souligner d'emblée, tous ces troubles sensitifs sont exclusivement des troubles subjectifs. Considérés

chacun isolément, ces troubles sensitifs subjectifs sont dépourvus de toute valeur diagnostique. Mais ils apparaissent en général réunis en un faisceau dont la composition, quoique variable, est assez caractéristique.

Les plus fréquents sont les crampes, crampes musculaires véritables ou sensations de crampes sans contraction musculaire perceptible. Dans 5 observations sur les 17 analysés, les crampes ont été le premier symptôme observé par les malades. Elles siégaient dans les membres inférieurs, dans les mollets ou les cuisses, et même aussi dans les membres supérieurs. Elles apparaissent presque toujours à l'occasion de mouvements volontaires.

Les douleurs viennent ensuite par ordre de fréquence décroissante. Ce sont des douleurs siégeant dans les articulations, (dans les genoux surtout), ou dans la colonne vertébrale, au niveau d'une région localisée, toujours la même. Dans les membres, ce sont des douleurs lancinantes et même fulgurantes, beaucoup plus fréquentes et plus violentes aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Deux malades, deux femmes, s'étaient plaintes de céphalalgies à caractères particuliers. L'une éprouvait des sensations frontales, pénibles, imprécises, qu'elle ne pouvait définir que par le terme de « crispations », superficielles, continues, coïncidant avec des paroxysmes vertigineux et de la diplopie. L'autre, qui souffrait de fréquents maux de tête depuis plusieurs années, constata, à l'âge de 18 ans, une augmentation des céphalées qui devinrent quotidiennes, uniquement diurnes, à type de constriction bi-temporale, et qui marquèrent chez elle le début de son affection.

Les paresthésies viennent après les crampes et les douleurs, dans l'échelle de fréquence. Elles siègent presque toujours aux extrémités (mains et pieds). Elles consistent surtout en fourmillements, en engourdissements, en picotements. Elles prennent souvent aussi la forme de sensations particulièrement pénibles de froid ou de chaleur, soit généralisées à tout le corps, soit localisée de préférence aux extrémités des membres. Une malade présentait, au moment de crises diurnes de picotements des doigts d'une seule main, un abaissement très facilement perceptible de la température cutanée de cette main. Ont été notées aussi des sensations de lassitude profonde, survenant d'une manière subite, généralisée à tout le corps, accompagnée de trémulation des membres inférieurs.

Cette sensation de lassitude s'est montrée une fois avec une localisation spéciale, aux deux régions inguinales. Ce même malades éprouvait aussi un prurit intermittent, exclusivement localisé à la région anale, et ne s'accompagnant d'aucune lésion locale susceptible de l'expliquer.

2. Pour ce qui est des *poussées évolutives,* 15 observations sur 56, soit 27 0/0 environ des cas, signalent des troubles sensitifs pendant ces poussées.

Dans 14 d'entre elles, on ne trouve que des troubles subjectifs de la sensibilité. Dans une seule, on trouve des troubles objectifs. Dans cette unique observation, les troubles consistaient en une bande d'hypoesthésie cutanée, large de trois doigts, s'étalant en ceinture au niveau de la région lombaire, et en une large plaque épigastrique d'anesthésie à la piqûre et à la température avec conservation de la sensibilité au toucher.

Quant aux troubles subjectifs, ils sont, dans les poussées évolutives, tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans la période de début. Mais ici leur échelle de fréquence n'est plus pareille.

Les douleurs viennent au premier rang. Ce sont des douleurs lancinantes ou fulgurantes, siégeant dans les masses musculaires des membres inférieurs surtout, ou bien des douleurs aiguës sur le trajet des nerfs sciatiques. Ce sont encore des douleurs constrictives, douleurs en étau sur la circonférence d'un membre, douleurs lombo-abdominales en ceinture, etc... D'autres douleurs, plus caractéristiques, sont les douleurs de la région lombo-sacrée, dont Pitres avait déjà signalé, dès 1877, la fréquence significative et qui donnent aux malades l'impression de plaie à vif ou de feu intérieur lombaire. Toutes ces douleurs apparaissent habituellement par crises et surtout à l'occasion de mouvements volontaires.

Les crampes et les paresthésies sont plus rares au cours des poussées évolutives qu'à la période de début. On note cependant ici aussi des fourmillements, des engourdissements, des picotements, surtout localisés aux mains. Plus rares qu'au début sont, chez nos malades, les paresthésies thermiques, les sensations pénibles si spéciales de froid et de chaud. L'un d'eux se plaignait de sensation pénible de chaleur intérieure, allant de la poitrine aux membres supérieurs et apparaissant seulement quand il se penchait en avant. Il accusait en outre une impression de jet d'eau chaude en aspersion sur la région

lombaire. Une autre ressentait une sensation désagréable de brûlure superficielle sur tout le corps, qu'elle comparait, au niveau du dos et dans les membres inférieurs, à l'impression d'un vaste cataplasme sinapisé. Une autre malade accusait, à chaque nouvelle poussée évolutive, une sensation particulière, exclusivement localisée dans la région lombaire et la face externe d'une cuisse, n'apparaissant qu'au contact du linge sur la peau, et comparée par elle à une lourdeur pénible et froide de ce linge.

Enfin, le mal de tête peut apparaître pendant le cours des poussées évolutives, sous forme, soit de céphalée diffuse et durable, soit de fausse migraine, soit de sensations plus ou moins incommodantes de poids ou de vide intra-crânien.

Le prurit n'est signalé que dans une seule observation.

3. Lorsque, après quelques poussées évolutives, la maladie est parvenue à ce que l'on convient d'appeler la *période d'état*, les troubles de la sensibilité se montrent beaucoup plus fréquents qu'aux périodes précédentes. C'est ainsi que, sur nos 56 observations, on les rencontre dans 32 d'entre elles, soit dans 57 0/0 des cas. Sur ces 32 observations, 5 relatent des troubles uniquement objectifs et 27 rapportent des troubles à la fois objectifs et subjectifs, ceux-ci restant plus importants et plus fréquents que ceux-là, comme précédemment.

Les troubles subjectifs de la sensibilité, quoique toujours très variés, multiples, et sans originalité si on les considère isolément, méritent cependant d'être précisés ici aussi. A cette période, les crampes et les paresthésies sont plus rares encore ; les douleurs y sont plus fréquentes, plus généralisées, plus violentes. Le type de douleurs que l'on rencontre le plus souvent, est la douleur constrictive. Ces douleurs constrictives sont à localisations multiples, siégeant sur un ou plusieurs membres, quelquefois à plusieurs niveaux sur le même membre, se montrant fréquemment et d'une façon durable sur le tronc, où les malades les désignent sous les termes significatifs de « compression des reins », de « étau dans le dos », de « ceinture trop serrée à la taille », de « corset comprimant le bas-ventre ». Toutes ces douleurs constrictives, du tronc ou des membres, présentent des intensités variables, qui vont de la simple gêne, en général permanente, aux grandes crises douloureuses, se répétant surtout la nuit, d'une durée de plusieurs heures quelquefois. Sur les 32 observations ainsi analysées, deux. ayant trait à des femmes, sont à signa-

ler en raison du caractère intensément douloureux de leur affection, de la richesse et de la variété des douleurs éprouvées : douleurs fulgurantes et lancinantes, douleurs constrictives, douleurs lombo-sacrées, sensations de brûlures localisées ou de froid généralisé, de plaie irritée, de meurtrissure du rachis, de sinapisation par plaques, de calotte crânienne pesante, de masque de parchemin, etc..., etc.. Toutes ces sensations étaient, soit fixes, soit variables dans leur localisation, les unes permanentes, les autres intermittentes, les unes diurnes, les autres nocturnes, mais leur nombre, leur diversité, leur violence et leur continuité étaient tels que ces deux cas peuvent fort bien être rangés dans le groupe que Müller a désigné sous le nom de sclérosis multiplex dolorosa, et que l'on peut, plus simplement et en français, appeler forme douloureuse de la sclérose en plaques. Ce chiffre de 2 sur 56 malades montre bien, cependant, que cette forme douloureuse est très rare.

Pour ce qui est des troubles objectifs de la sensibilité, ceux-ci se montrent, à la période d'état, sans caractères spéciaux, et avec une très grande variété. Chez 27 malades sur 32, on constatait des altérations des diverses sensibilités. Mais, alors que les troubles de la sensibilité superficielle étaient variables, quoique fréquents, ceux de la sensibilité profonde apparaissaient comme plus stables et plus caractéristiques.

Au point de vue de la sensibilité superficielle, on relève exceptionnellement (dans deux observations seulement), de l'hyperesthésie, soit généralisée, soit localisée le long de la colonne vertébrale. Le plus souvent, on rencontre de l'hypoesthésie au tact et à la piqûre, plus ou moins étendue, sur un membre, sur les deux membres homologues, ou sur les membres d'un seul côté : cette hypoesthésie se limitait aux extrémités, mains ou pieds, ou parfois remontait plus ou moins haut, en bandes radiculaires. Dans aucun cas, la sensibilité thermique ne paraissait troublée.

Au point de vue de la sensibilité profonde, la sensibilité osseuse explorée à la percussion n'a jamais donné lieu à une observation quelconque. La sensibilité tendineuse à la pression est signalée comme diminuée dans deux cas. La notion de position, le sens stéréognostique, sont perturbés dans quatre cas, et leur altération coïncide, dans tous, avec l'existence d'hypoesthésie superficielle des extrémités. Quant aux troubles de la sensibilité viscérale profonde, ils se sont montrés

avec une fréquence et parfois une intensité d'autant plus à souligner que ces troubles ont été, jusqu'ici, très rarement recherchés dans la sclérose en plaques. C'est ainsi que nous avons noté, dans nos observations, de l'hypoalgésie ou de l'analgésie laryngée et trachéale dans deux cas, mammaire dans un cas, épigastrique profonde dans deux cas, testiculaire dans quatre cas. En particulier, l'analgésie testiculaire à la pression peut s'observer même en l'absence de tout autre trouble de la sensibilité objective.

IV. A la *période terminale,* les troubles de la sensibilité sont d'habitude peu recherchés, et, en conséquence, rarement signalés. On comprend que, chez des malades grabataires, demi-inconscients de leur état, les sensations pénibles ou douloureuses soient rarement ou difficilement exprimées. A cette période aussi, on ne s'attache pas à une exploration minutieuse de la sensibilité. Cependant, cinq de nos observations, dont les deux formes douloureuses signalées plus haut font mention, à cette période, de la persistance des paresthésies et des douleurs qui, quoique atténuées, reparaissent encore par crises très pénibles. Une observation signale l'extension, à cette période, d'une hypoesthésie datant de la période d'état et s'étendant de la région dorso-lombaire jusqu'aux membres inférieurs : l'autopsie montra, dans ce cas, la présence d'une plaque de sclérose dans les cordons postérieurs de la moëlle.

Après les observations qui précèdent, nous sommes donc autorisés à énoncer les conclusions suivantes :

Dans la sclérose en plaques, les troubles de la sensibilité, qui se rencontrent au moins dans 68 0/0 des cas observés, doivent être considérés, contrairement à l'ancienne opinion classique, comme faisant partie du tableau clinique habituel à cette affection.

Les plus importants et les plus fréquents de ces troubles sont, incontestablement, les troubles subjectifs, douleurs et paresthésies variées et variables, qui existent dès le début de l'affection, s'exaspèrent à chaque poussée évolutive, prennent le plus souvent le caractère constrictif, et peuvent atteindre parfois une intensité et une abondance telles qu'elles justifient l'existence clinique d'une forme douloureuse de la sclérose en plaques.

Quant aux troubles objectifs, ils sont toujours moins importants et plus rares. Ils demandent à être recherchés avec soin. Ils ont souvent passagers et sans caractères spéciaux. Les

troubles de la sensibilité profonde sont plus fixes : parmi eux, il peut être utile, en clinique, de rechercher les altérations de la sensibilité viscérale profonde à la pression (testiculaire, épigastrique, etc...).

Considérés dans leur ensemble, ces troubles de la sensibilité prennent, par leur polymorphisme, leurs associations changeantes, leur intermittence et leur allure évolutive, une très grande valeur pour le diagnostic de la sclérose en plaques.

COMMUNICATIONS SUR LES CONDITIONS DE L'EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE PSYCHIATRIQUE CRIMINELLE

L'expertise médico-légale psychiatrique et son organisation en Belgique

Par les D[rs] L. Vervaeck, F. Héger-Gilbert et Aug. Ley
(de Bruxelles)

I. — L'organisation, dans des conditions rationnelles, de l'expertise mentale des inculpés, a très justement préoccupé, dans ces dernières années, les médecins experts psychiatres. Beaucoup d'entre eux, et non des moindres, se sont élevés, à juste titre, contre les mauvaises conditions dans lesquelles les place l'organisation pénitentiaire pour pratiquer les examens complets, médicaux et biologiques, que requiert actuellement l'expertise psychiatrique.

II. — Nous décrirons brièvement l'*organisation matérielle et administrative de l'annexe psychiatrique dans les prisons belges*.

L'annexe constitue, dans la prison, un petit quartier d'observation psychiatrique : elle est organisée sur le principe de l'asile moderne et dispose des moyens d'étude, de surveillance et de traitement que requiert un service de traitement des malades mentaux et des névropathes. Elle se compose d'une salle commune de 8 à 10 lits, dans laquelle s'ouvrent deux chambres d'isolement; à côté d'elles se trouve, suivant la place

dont on dispose, une chambre permettant de grouper quelques malades qu'il est utile de séparer des autres, les locaux d'hydrothérapie, parfois un réfectoire et un petit atelier.

Une surveillance permanente de jour et de nuit est exercée par des gardiens infirmiers ayant reçu une formation spéciale et qui, parfois même, ont fait un petit stage dans un asile ; ils sont assistés par deux détenus de confiance dont l'intervention n'a suscité, dans la pratique, aucun inconvénient.

Un registre journalier est tenu par les surveillants de l'annexe, qui s'y succèdent de 8 en 8 heures ; il relate, pour chacun des détenus observés, tous les incidents ayant un intérêt psychiatrique, qui se sont produits dans les 24 heures. Les détenus sont visités chaque jour par le médecin du service d'anthropologie pénitentiaire, qui est un aliéniste de carrière, habituellement attaché à un asile.

Une observation clinique est prise pour chaque détenu. Ce document et le registre des infirmiers sont mis à la disposition des médecins-experts. Tous ont la faculté de demander le placement en observation à l'annexe psychiatrique des délinquants soumis par le juge d'instruction à leur observation. Il leur suffit de s'adresser au directeur de la prison.

En principe, le régime disciplinaire et la nourriture des prévenus placés en observation sont ceux des autres détenus ; ils jouissent de toutes les faveurs que le règlement leur accorde : visites de leur avocat et de leur famille, etc... S'ils sont malades, le médecin peut leur prescrire les régimes et traitements que justifie leur état médico-mental.

Il est interdit aux prévenus de l'annexe psychiatrique de fumer et de faire usage de boissons alcoolisées ; cette règle ne souffre aucune exception ; c'est là une des mesures prises en vue de rendre le séjour à l'annexe peu agréable pour les détenus qui seraient tentés de simuler des troubles morbides.

En général, les malades sont alités mais ils font deux fois par jour de longues promenades au préau, une heure au minimum. Les détenus valides sont autorisés à travailler au jardin ou dans un petit atelier.

III. — Les prévenus placés actuellement en observation dans les annexes psychiatriques des prisons belges appartiennent à trois groupes :

1° Les prévenus soumis à une expertise mentale dont le médecin légiste a demandé le placement à l'annexe ;

2° Les prévenus placés d'urgence à l'intervention du juge d'instruction ou du personnel administratif ou médical de la prison, à raison d'idées de suicide, d'impulsions ou de troubles mentaux manifestes ;

3° Les prévenus placés pour observation par le médecin du service d'anthropologie pénitentiaire.

Les cours et conférences d'anthropologie criminelle faits dans tous les centres pénitentiaires ont créé, chez le personnel, un état d'esprit très averti en ce qui concerne le dépistage des troubles mentaux et une atmosphère de sympathie agissante à l'égard de la réforme scientifique du régime pénitentiaire.

En réalité, selon le vœu du Congrès International pénitentiaire de Londres tenu en 1925, un examen mental sommaire devrait être fait chez tous les prévenus. L'un de nous, d'accord avec le Procureur du Roi de Bruxelles, a pris l'initiative d'organiser cet examen systématique, qui n'a rencontré, dans la pratique, aucune difficulté sérieuse et aucune hostilité, ni de la part des magistrats, ni de la part des médecins légistes psychiatres.

Pratiquement, le magistrat instructeur est averti, le jour même, du placement en observation, à l'annexe psychiatrique, de tout prévenu atteint, en prison, de troubles mentaux ou de crises nerveuses, ou chez qui on a constaté du déficit intellectuel. Le certificat d'entrée à l'annexe reste purement objectif et aucune opinion n'est formulée au sujet des conclusions à déduire, au point de vue pénal, de l'observation mentale d'un prévenu, sauf si le médecin de la prison est régulièrement requis par le juge d'instruction, ce qui arrive fréquemment. Il ne faut pas, toutefois, que sa fonction constitue pour lui une prérogative telle qu'elle lui assure une sorte de monopole de l'expertise mentale. C'est pour cette raison que tous les experts ont le droit de demander le placement à l'annexe des prévenus qu'ils sont chargés d'examiner, et que toute la documentation clinique recueillie à leur sujet est mise à leur entière disposition.

IV. — *Activité des annexes psychiatriques belges.* Quelques chiffres permettront de mieux se rendre compte de l'intérêt pénal et de l'activité psychiatrique des annexes pénitentiaires belges, en ces huit dernières années ; ils peuvent se passer de commentaires.

1° Nombre de prévenus (1) dans les annexes psychiatriques :

De 1921 à fin 1923	155
1924	114
1925	125
1926	158
1927	199
1928	201
Total	952

Durée habituelle du séjour : 15 à 30 jours, en moyenne, parfois 60 jours et plus.

2° Mesures prises pour les prévenus observés dans les annexes (1921 à 1929) :

Internement à l'asile (Tournai, pour les hommes, Mons, pour les femmes)	122
Internement à la Colonie psychiatrique de Reckheim (hommes)	119
Placement à la prison thérapeutique de Merxplas (débiles, convulsivants)	16
Transfert au quartier d'anormaux de la prison de Gand	31
Réintégrés en cellule ordinaire jusqu'à décision judiciaire	505
Libérés ou expulsés du pays	143
Observation non terminée au 1er janvier 1929	16
Total	952

V. — *Où faut-il organiser l'expertise mentale des prévenus ?* Il reste un dernier point à examiner : où convient-il d'organiser un service d'observation psychiatrique des prévenus soumis à une expertise mentale. Trois thèses sont en présence :

a) dans un service hospitalier, qu'on l'appelle hôpital psychiatrique, service clinique de maladies mentales, voire centre de prophylaxie mentale ;

(1) L'annexe psychiatrique reçoit aussi en observation un certain nombre de *condamnés*, les uns en vue de déterminer s'il convient de les interner ou de les envoyer dans une prison thérapeutique, les autres en vue de traiter des troubles mentaux jugés curables à bref délai. De 1921 à 1928, douze cents condamnés environ ont été examinés et traités dans les 4 annexes psychiatriques pénitentiaires belges (Bruxelles, Anvers. Gand, Louvain). Deux nouvelles annexes s'ouvriront cette année, celles des prisons de Mons et de Liége Il restera à organiser celles de Namur et de Bruges.

b) à la prison préventive, ou tout au moins au service d'admission provisoire annexé, dans quelques grandes villes, à la Préfecture de Police ;

c) on pourrait songer, enfin, à l'asile.

A notre avis, c'est à la prison préventive que doivent être placés les *prévenus* soumis à une expertise mentale, et cela, pour des raisons importantes, d'ordre pénal et social. Il nous paraît impossible, dans un hôpital ordinaire, et fort difficile, dans un hôpital psychiatrique, d'empêcher efficacement l'évasion de criminels dangereux, que ceux-ci soient aliénés ou non, le fait importe peu au point de vue social ; d'autre part, comment y prévenir les communications, que ce soit par conversation ou correspondance, jugées indésirables par le juge d'instruction et auxquelles — l'expérience le prouve — ne se prêtent que trop facilement les membres de la famille des inculpés, et parfois même le personnel infirmier, quand il n'est lié par aucune responsabilité officielle.

Faut-il l'avouer, au risque d'offusquer quelque peu les opinions d'ordre exclusivement psychiatrique ou médical de quelques-uns de nos collègues ? Il est utile, pour les prévenus soumis à l'expertise qui, en minorité remarquons-le, sont des aliénés, — ce sont surtout des débiles et anormaux de l'esprit, des névropathes, toxicomanes, pervers et invertis sexuels, des fous moraux, et parfois aussi des simulateurs, tous sujets plus ou moins influençables et intimidables — il est utile pour eux, pensons-nous, de se rendre compte qu'ils se trouvent dans une prison et qu'ils ont commis un acte blâmable, voire dangereux. Pour y justifier du point de vue scientifique leur présence, il suffira d'y organiser, à leur intention, un service psychiatrique tel que l'on en a créé en Belgique, dans les grands centres pénitentiaires, service qui, à tous égards, peut être assimilé aux quartiers d'observation des asiles modernes.

Un aliéniste ne peut, dans sa bienveillance pour des criminels anormaux ou malades, faire totalement abstraction du point de vue pénal ; c'est pour l'avoir méconnu et avoir parfois voulu l'ignorer, que nous avons eu tant de peine à obtenir pour eux, tant au prétoire qu'à la prison, les régimes thérapeutiques spéciaux, auxquels les affections et infirmités psychiques et mentales des prévenus et des condamnés leur donnent droit.

Seule donc, la solution pénitentiaire nous paraît acceptable, pourvu qu'elle réponde à toutes les exigences scientifiques et

humanitaires que justifie l'observation psychiatrique des inculpés.

Insistons-y, en terminant, la préoccupation de la défense sociale mérite de notre part autant d'attention que le souci de traiter généreusement les délinquants et criminels morbides.

La prison doit conserver son caractère légitime d'intimidation, et l'organisation de nos quartiers d'observation psychiatrique dans le cadre pénitentiaire est une concession indispensable que doivent admettre les psychiatres pour que la prison, dont s'affirme de plus en plus le caractère médical et pédagogique, puisse continuer de répondre pleinement à sa mission sociale.

Essai d'une conception et d'une méthode pragmatiques de l'expertise psychiatrique criminelle

Par M. Paul COURBON (de Paris)

M. Sanchis Banus, à la page 12 de son rapport, nous engage à nous faire de l'intelligence une conception pragmatique. Cette heureuse suggestion m'a engagé à vous soumettre une conception et une méthode pragmatiques de l'expertise psychiatrique.

Une conception pragmatique de l'expertise criminelle doit donner de celle-ci, ainsi que de tous les autres éléments de la médecine légale : la loi, la psychiatrie, le délinquant, l'homme normal, le juge, l'expert, des définitions non seulement exemptes de toute considération métaphysique, mais encore acceptables par n'importe quel médecin légiste, quelles que soient ses opinions philosophiques.

Les définitions suivantes me paraissent satisfaire à ces exigences.

La loi est l'ensemble des dispositions qui règlent la conduite des individus en société. Emanée de leur volonté, elle est adaptée à leur psychologie moyenne, c'est-à-dire à la psychologie du citoyen type, de l'homme de la rue, dirait M. Herriot, de l'homme normal, dirons-nous.

L'homme pour qui est faite la loi est donc l'homme normal; c'est-à-dire qui a la capacité de se conduire conformément à elle. Cette capacité de conduite légale exige quatre capacités élémentaires : celle de se rendre compte de la violation de la loi, celle d'en sentir les dommages, celle de s'en abstenir, enfin, celle d'en prévoir les conséquences.

La psychiatrie est la science des conditions psychologiques et biologiques de l'homme normal, de celles de l'homme anormal, de celles de l'homme malade.

Le délinquant est un homme à propos duquel la question se pose de savoir s'il réunit les conditions psychologiques de l'homme normal devant la loi.

Le juge a pour mission d'appliquer la loi, mais, seulement au délinquant pour qui elle est faite, c'est-à-dire au délinquant qui avait la capacité de se conduire conformément à elle, au délinquant qui, psychologiquement, était capable, soit de lui obéir, soit de risquer sciemment ses sanctions.

L'expert a pour mission de dire au juge si le délinquant réunit les conditions psychologiques de l'homme normal devant la loi.

La responsabilité est un mauvais mot qui, médico-légalement, signifie simplement capacité de se conduire, conformément à la loi.

L'expertise psychiatrique criminelle est donc l'établissement de la mesure dans laquelle le délinquant réalise les conditions psychologiques de l'homme normal devant la loi, c'est-à-dire de sa quadruple capacité à se rendre compte de la violation légale, à en sentir le dommage, à en prévoir les conséquences et à s'en abstenir.

Voilà donc un premier point acquis : des définitions ne faisant aucunement appel à la métaphysique et que pourrait souscrire tout médecin légiste, quelles que soient ses convictions philosophiques. Mais la valeur pragmatique d'une définition est minime, est-on en droit de m'objecter ? Elle n'est que celle d'un changement de mots.

Voyons donc l'essentiel de la réforme, c'est-à-dire le pragmatisme de la méthode proposée. Ce pragmatisme consisterait dans la découverte d'un moyen qui rendît plus utilisable par le juge les données de l'expertise du psychiatre. Un tel moyen serait celui qui permettrait d'augmenter le nombre des réponses précises de oui et de non catégoriques donné au juge par l'expert. Ces réponses précises, nous les donnons pour les cas extrêmes d'aliénation évidente, où nous disons carrément non, et de validité mentale évidente, où nous disons carrément oui. Ne pourrions-nous pas les donner encore, sinon dans tous les cas intermédiaires, où la validité mentale manque d'évidence, du moins dans quelques-uns d'entre eux ?

Assurément, il est impossible de répondre catégoriquement oui ou non sur l'existence de la responsabilité générale de tous ces délinquants, vis-à-vis de tous les délits possibles de la vie courante, car leur capacité de se conduire légalement varie suivant les circonstances qui entourent les délits. Pour se prononcer sur leur responsabilité moyenne, on est fatalement obligé d'employer une formule qui dise à la fois oui et non, et cette formule est celle de responsabilité atténuée.

Mais si l'on s'impose l'obligation de ne jamais faire de réponses générales, si l'on ne fait que des réponses particulières, chacune ne correspondant qu'aux circonstances propres à un seul délit, tel qu'il a été accompli réellement, ne peut-on, pas, à propos de ce délit, isolément considéré, répondre catégoriquement si, oui ou non, la responsabilité existe ?

Par exemple, il s'agit d'un délinquant profondément débile mental, qui a commis les délits suivants : Premier délit : il s'est approprié un portefeuille trouvé sur la voie publique, après s'être contenté de demander aux assistants s'il n'appartenait pas à l'un deux. Second délit : il a empoisonné lentement et habilement sa tante, pendant un mois, pour en hériter. Ne peut-on pas répondre : non, il n'est pas responsable du premier délit, car, pour sentir le dommage causé par l'appropriation d'un objet trouvé et résister à la tentation, il faut une finesse de sens moral et de jugement que ne possède pas ce debile mental ? Oui il est responsable du second délit, car, pour sentir le mal causé à la personne qu'on empoisonne et se rendre compte de l'infraction légale que l'on commet si habilement, il n'est besoin que d'un minimum de sens moral et de jugement, minimum que ce débile mental possède ?

Répondre oui et non successivement, ainsi que je le propose, revient au même que de répondre oui et non simultanément, comme on le fait en concluant à la responsabilité générale atténuée. Mais c'est introduire de la clarté, et, par conséquent, échapper au reproche d'obscurité que l'on nous adresse. Si la tâche du juge n'en est pas extrêmement simplifiée, du moins le psychiatre cesse-t-il, de cette façon, de supporter seul la responsabilité des difficultés du rendement de la justice humaine. « C'est vous qui m'embrouillez, par l'ambiguité de votre réponse, qui ne dit ni oui ni non », peut nous reprocher le juge, quand nous lui parlons de responsabilité atténuée. « Je ne vous donne que des réponses claires, avec mes oui et mes non, pouvons-nous, au contraire, lui rétorquer, avec ma méthode, si vous ne savez pas vous débrouiller, ce n'est pas ma faute. »

Cette méthode ne saurait prétendre convenir partout et toujours. D'autre part, les non et les oui d'un psychiatre n'auront jamais une valeur absolue. Néanmoins, cette méthode est applicable bien souvent. Il y a très longtemps que M. Charon et moi nous la pratiquons, et que nous l'avons décrite dans *L'Encéphale* de 1913, sous le nom de théorie de la responsabilité relative.

Des conditions de l'expertise médico-légale psychiâtrique dans l'Armée

Par A. Fribourg-Blanc

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Le rôle du médecin militaire est, dans bien des circonstances, et surtout en matière psychiâtrique, un rôle d'expert.

Lorsqu'il est commis à titre de médecin expert par le Juge d'instruction d'un Tribunal militaire, à l'effet de déterminer la responsabilité d'un sujet inculpé de délit ou de crime, les conditions de son expertise ne diffèrent guère de celles des médecins-experts civils en pareille matière. Son expertise est souvent facilitée par la possibilité qui lui est donnée d'hospitaliser le prévenu dans son service.

Le médecin-expert militaire est, généralement, médecin traitant d'un service de neuro-psychiâtrie, pourvu d'une section spéciale pour militaires détenus, il a, dans ce cas, la faculté d'étudier à l'Hôpital, tout à loisir, le sujet qui lui est soumis.

Il existe actuellement, en France, pour l'Armée Métropolitaine, 10 centres de neuro-psychiâtrie : Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Nancy, Metz, Besançon, Strasbourg, Alger, Ber Rechid (Maroc).

En temps de guerre, le médecin-expert peut demander l'hospitalisation du prévenu dans un centre de neuro-psychiatrie d'armée, ou, pour les militaires de l'intérieur, dans un centre de psychiâtrie régional.

Les conditions de l'expertise médico-légale psychiâtrique criminelle dans l'armée ne diffèrent donc pas de celles de la pratique civile. Peut-être même sont-elles plus favorables.

Mais nous voudrions ici appeler l'attention sur un genre d'expertise psychiâtrique plus spécial au milieu militaire : *l'expertise psychiâtrique des recrues à leur incorporation dans l'armée.*

Il s'agit là d'un acte médico-légal qui intéresse à la fois l'hygiène mentale, dans son application au milieu militaire, et la préservation des deniers de l'Etat, en ce qui concerne l'application de la loi des pensions du 31 mars 1919.

Le problème posé à l'expert militaire est, en cette occasion, celui du *dépistage de la dissimulation.*

Ce problème se pose surtout pour les engagés volontaires. Tous les médecins qui se sont intéressés aux questions de psychiâtrie militaire ont signalé la fréquence de tares mentales chez les engagés. Les publications, à cet égard, sont déjà nombreuses et nous ne reviendrons pas ici sur l'aspect clinique de la question. Qu'il nous suffise de rappeler que le candidat à l'engagement volontaire, lorsqu'il est atteint de tares psychiques, a tout intérêt à les dissimuler. Incapable de tout métier précis dans la vie civile, l'armée constitue trop souvent pour lui une diversion ou un refuge.

Il importe, pourtant, de préserver l'armée des grands tarés psychiques, inadaptables et dangereux, véritables ferments de contagion mentale. Il faut savoir dépister les troubles dont ils sont atteints, et il est intéressant de connaître les conditions matérielles dans lesquelles peut se pratiquer ce dépistage.

Cette question intéresse les médecins civils comme leurs confrères de l'armée, car la nouvelle réglementation relative à la délivrance du certificat d'aptitude physique nécessaire à l'engagement volontaire prévoit qu'il peut être fait appel, pour l'établissement de ce certificat, *à un médecin civil* requis par le Commandant du bureau de Recrutement ou par le Chef de corps.

Les conditions matérielles de l'examen psychiâtrique sont loin d'offrir, dans ce cas, toutes les garanties désirables.

Que se passe-t-il, en effet, lorsqu'un jeune homme désire contracter un engagement volontaire ?

Il est bon de connaître, à cet égard, les dispositions nouvelles prévues par le décret du 11 avril 1928 et l'instruction du 20 juin 1928, relatifs aux formalités des engagements volontaires. Ces textes ont apporté des simplifications à la procédure qui était en vigueur jusqu'à présent. Le législateur a voulu favoriser ainsi les engagements en vue de recruter, dans le plus bref délai possible, les 106.000 militaires de carrière prévus pour la mise en application de la loi de recrutement du 31 mars 1928, qui réduira la durée du service actif à un an.

Le postulant s'adresse, soit au Commandant d'un bureau

de Recrutement, soit à un Chef de corps, en vue de la constitution de son dossier d'engagement. Il est tenu de fournir : 1° son acte de naissance ; 2° le consentement de son père ou de son tuteur, s'il est mineur ; 3° l'extrait n° 2 de son casier judiciaire. Le certificat de bonne vie et mœurs, autrefois exigé, n'est plus nécessaire actuellement. En outre, le postulant peut être admis à contracter un *engagement provisoire*, sans qu'il ait à fournir l'extrait de son casier judiciaire. Cet extrait est alors demandé au Greffe du Tribunal civil du domicile de l'engagé, par le Commandant du bureau de Recrutement ou par le Chef de corps qui a pris la charge de constituer le dossier, et le postulant est immédiatement incorporé, à titre provisoire.

L'extrait du casier judiciaire doit être fourni avant l'expiration du troisième mois de présence de l'engagé au corps. Si cet extrait ne comporte aucune des condamnations prévues par la loi de recrutement comme incompatibles avec le service militaire normal, l'acte d'engagement est définitivement ratifié. En cas contraire, il est annulé.

A ces pièces administratives doit être joint un *certificat médical d'aptitude physique*. Ce certificat est valable 48 heures. Il est délivré soit par un médecin du bureau de Recrutement, soit par le médecin du corps, soit par un médecin civil requis par l'autorité militaire chargée de la constitution du dossier. Or, le médecin désigné peut ne pas être spécialement préparé à ce genre d'examen qu'on lui demande. Il peut ne pas y attacher toute l'importance que comporte pareille expertise. Il ne faut pas perdre de vue, cependant, que cet examen constitue, par sa nature et par ses conséquences, une véritable *expertise médico-légale*.

Le médecin appelé à pratiquer cette expertise pour les candidats à l'engagement dispose, pour y procéder, s'il est chargé du service médical d'un bureau de Recrutement, de la salle de visite de ce bureau, et, s'il est affecté à un corps de troupe, des locaux de l'infirmerie de cette unité.

Il lui est loisible d'employer tout le temps nécessaire à un examen soigneux, car il n'est pas débordé, le même jour, par un flot de candidats qui se suivent sans interruption, comme lors de la visite médicale d'un conseil de révision. Il n'est pas tenu de « débiter » en une séance un nombre déterminé de sujets.

Afin d'opérer dans le calme et sans hâte, il importe que le

médecin fixe pour l'examen médical des engagés une heure de la journée où son service normal quotidien lui laisse une certaine quiétude, par exemple, en fin de matinée, après la visite régulière du corps de troupe et des malades à l'infirmerie, ou, mieux encore, dans l'après-midi ; qu'il examine les sujets très posément, un à un. L'examen psychique est toujours long, il ne peut être fait dans l'agitation et le bruit. Il ne peut être bâclé en quelques minutes.

Toujours, cet examen psychique sera précédé d'une exploration attentive de tous les organes, sans oublier la recherche des anomalies anthropométriques et des stigmates de dégénérescence ou d'hérédospécificité. Les observations que le médecin a pu faire par l'examen organique peuvent souvent l'aiguiller vers le diagnostic de telle ou telle anomalie mentale.

Muni de ces renseignements, l'expert doit procéder à l'examen psychique du candidat. Il y emploiera tout le temps nécessaire et procédera avec méthode, en suivant un plan d'examen aussi rigoureux que peut le permettre l'étude du psychisme de chaque sujet.

Les conditions matérielles de l'expertise sont, généralement, satisfaisantes, lorsqu'il s'agit d'examens pratiqués dans le calme d'une infirmerie régimentaire. Il appartient alors au médecin qui peut choisir ses heures d'examen de tirer le meilleur parti des ressources matérielles dont il dispose.

Il peut en être de même pour l'expertise pratiquée dans un bureau de Recrutement. Mais l'article 4 du décret du 11 avril 1928 prévoit, nous l'avons dit, que l'examen médical d'un candidat à l'engagement peut être confié à un médecin civil désigné par l'autorité militaire, sans déterminer les conditions précises de cet examen médical. Il semble donc que toute initiative soit laissée, à cet égard, au médecin civil chargé de l'expertise. Il importe, en pareil cas, que le médecin désigné, quel qu'il soit, n'ignore rien de l'importance et de la difficulté de la tâche qui lui est confiée. Il est indispensable que son attention soit attirée sur ce point. S'il est bien convaincu de la gravité de son rôle, tant à l'égard des engagés eux-mêmes que de la collectivité militaire, le médecin, guidé par sa conscience professionnelle, apportera, nous n'en doutons pas, le plus grand soin à sa tâche.

Il peut se faire, cependant, dans bien des cas, que le médecin ne puisse se prononcer, à un premier examen, sur l'aptitude physique, et surtout psychique, d'un candidat à l'engage-

ment, soit en raison de conditions matérielles défecteuses d'examen, soit à cause de manque de temps, soit, enfin, s'il s'agit d'un diagnostic difficile. Mais alors, il ne faut pas oublier que le règlement autorise à soumettre le candidat à l'expertise d'un médecin spécialisé.

L'instruction du 20 juin 1928 prévoit, en effet, que « lorsque un examen complémentaire par des médecins spécialistes est jugé nécessaire, toutes dispositions sont prises pour faciliter la consultation sollicitée ». Il y a tout intérêt à user, dans la plus large mesure possible, de cette disposition du règlement, en particulier en ce qui concerne les examens neuropsychiâtriques. Le psychiâtre consulté pourra souvent formuler un avis, après simple examen du sujet. Mais, dans les cas litigeux nécessitant une observation plus approfondie, le spécialiste pourra provoquer l'hospitalisation de l'intéressé. Cette hospitalisation est alors demandée au Commandant d'armes de la Place, qui signe la partie administrative du billet d'hôpital, la partie médicale de ce billet étant signée par le médecin spécialiste. Le candidat à l'engagement ne doit être maintenu en observation à l'hôpital que le minimum de temps nécessaire. Au cours de son hospitalisation, une étude objective et précise de son cas peut être faite par le psychiâtre, particulièrement averti. Cette étude peut, en outre, être étayée par une *enquête de gendarmerie.* Pour donner des résultats pratiques, la demande d'enquête doit être formulée par le médecin, avec toutes les précisions nécessaires. Ces enquêtes, en effet, sont, en général, très consciencieusement exécutées et fournissent des indications précieuses, mais encore faut-il que les enquêteurs soient guidés dans leurs recherches et soient en présence de questions précises. C'est ainsi qu'au cas où l'expert soupçonne une comitialité, il ne doit pas se contenter de demander si le sujet a présenté des crises convulsives, il faut qu'il requierre des précisions sur la nature de ces crises, sur l'âge auquel elles ont débuté, sur leur apparition au cours du sommeil, sur leur fréquence, sur les circonstances qui ont pu les déclancher, en se référant, si possible, au témoignage d'un médecin qui aurait pu les constater. Si l'examen du sujet a pu faire penser à une débilité ou à un déséquilibre mental, le libellé de demande d'enquête doit indiquer les recherches à faire, quant à l'instruction et à l'éducation générale du candidat à l'engagement : est-il allé à l'école, jusqu'à quel âge ? Comment s'y comportait-il, au point de vue du tra-

vail et de la conduite ? Quelles étaient ses relations avec sa famille, avec ses camarades ? Quels emplois a-t-il tenus ? En a-t-il changé fréquemment ? Comment était-il apprécié de ses patrons ? A-t-il fait l'objet de poursuites judiciaires ? A-t-il été soigné pour troubles psychiques ? A-t-il été interné dans un asile ? Quels sont les véritables motifs de sa demande d'engagement ? Enfin, toutes les questions qui pourront être suggérées par l'interrogatoire du sujet, et par ses allégations. Ce questionnaire minutieux n'est jamais superflu, car, nous l'avons dit, le problème posé est celui de la dissimulation. Tandis que les recrues du contingent normal guident volontiers le médecin dans la recherche des antécédents pathologiques, et, parfois même, ont tendance à assombrir le tableau de leur passé morbide, les candidats à l'engagement ont tout intérêt à cacher les troubles qu'ils ont pu présenter et à peindre leur existence antérieure sous des apparences très flatteuses, mais souvent très éloignées de la vérité, quitte, d'ailleurs, à tracer au médecin un tableau tout opposé le jour où, lassés du service militaire, ils feront tous leurs efforts pour le quitter avant l'échéance de leur engagement.

Après observation complète de l'intéressé, et éventuellement après réception du procès-verbal d'enquête, le médecin-expert pourra se prononcer en pleine connaissance de cause et l'engagement sera ainsi entouré de toutes les garanties nécessaires.

Cet examen minutieux et ces formalités, souvent indispensables, seraient simplifiés si chaque sujet pouvait présenter, lorsqu'il désire s'engager, *le livret sanitaire individuel,* dont l'établissement pour tout jeune Français a été bien des fois préconisé. Ce livret, strictement confidentiel, serait établi pour chaque sujet et porterait l'indication de toutes les maladies survenues depuis l'enfance, et de toutes les anomalies, physiques ou mentales. Il serait un guide précieux pour le médecin, et sa présentation pourrait être exigée lors de la demande d'engagement. Mais, jusqu'à présent, la création de ce livret sanitaire s'est heurtée à des difficultés d'ordre pratique, qui n'ont pu être résolues. Il est d'ailleurs permis de supposer que, si la création de ce livret parvenait un jour à se réaliser, ce document resterait incomplet, en ce qui concerne les anomalies mentales, qui, la plupart du temps, ne font l'objet, chez les jeunes, d'aucun examen médical sérieux. Il est aussi probable que les familles s'efforceraient d'éviter l'inscription sur ce livret des manifestations psychopathiques susceptibles de nuire plus tard à l'établissement du sujet.

L'examen psychique des engagés est donc livré à la sagacité, à l'étude attentive et à l'expérience pratique du médecin.

Il est très important de noter que si les conditions matérielles de l'examen psychique des candidats à l'engagement sont parfois défectueuses, il peut être remédié à cet état de chose par un examen plus précis pratiqué au cours des trois premiers mois de présence de l'engagé à son corps. Dans tous les cas, l'engagé doit être soumis après son arrivée au corps comme les hommes du contingent à la *visite médicale d'incorporation*. L'incorporation ne devient définitive qu'après cette visite médicale, et, du point de vue médico-légal, qu'il s'agisse d'engagements réguliers contractés sur le vu d'un dossier complet ou d'engagements provisoires, le médecin du corps de troupe ou de service a la charge de revoir minutieusement tous les engagés arrivant à l'unité.

La loi de recrutement du 31 mars 1928 laisse à ce médecin un délai de 3 mois pour se prononcer de façon définitive sur l'aptitude au service de tout homme arrivant au corps. Passé ce délai, toute affection constatée chez l'incorporé est présumée, sauf preuve contraire, comme contractée ou aggravée par le fait du service et entraîne droit à une pension par application de l'article 5 de la loi du 31 mars 1919. En cas de mise en réforme d'un militaire appelé ou engagé, ayant accompli plus de 3 mois de service, c'est donc toujours la Réforme n° 1 (avec pension) qui est applicable. La visite d'incorporation revêt ainsi une importance capitale à l'égard des deniers de l'Etat ; il appartient par conséquent au médecin du corps ou du service de pratiquer la visite d'incorporation avec un soin tout particulier surtout lorsqu'il s'agit des engagés qui auraient pu n'être examinés que superficiellement lors de la délivrance du certificat d'aptitude nécessaire au dossier d'engagement. Voilà donc une excellente occasion fournie au service de santé pour parfaire l'examen médical des engagés. La prise de contact avec la vie militaire au cours de ces 3 premiers mois de service suffit en général à révéler les tares psychiques que les engagés s'étaient soigneusement efforcés de dissimuler lors de leur admission dans l'armée.

L'effort intellectuel autant que physique nécessité par les premières semaines de classe, la docilité et la souplesse d'esprit imposés par la vie en commun à la caserne, les exigences de la discipline, sont autant d'épreuves qui permettent d'apprécier l'adaptabilité du sujet, ses facultés de compréhension

et d'assimilation ; ces épreuves montrent souvent par leur valeur pratique mieux que ne peut le faire l'interrogatoire du médecin, quelles sont les facultés intellectuelles du sujet. Elles révèlent spontanément les troubles de l'humeur et du caractère. Elles servent de pierre de touche à toutes les tares mentales méconnues et les font apparaître parfois plus aisément qu'une analyse psychologique finement conduite dans le cabinet du médecin ou dans le séjour tranquille d'un hôpital. A cet égard la *collaboration des Officiers et des sous-Officiers instructeurs* est très précieuse au médecin. Il importe que les gradés soient avertis de la nécessité de dépister au plus tôt, chez les recrues et chez les engagés, les anomalies psychiques susceptibles d'entraîner l'incapacité de servir. Il serait utile d'intruire tout spécialement à ce sujet par des conférences et par des notices précises, les gradés de tous les corps de troupe et services. Leur attention étant alors éveillée, ils ne manqueraient pas de soumettre d'office à l'examen du médecin les jeunes soldats présentant des réactions anormales. Il serait à souhaiter que toujours ces manifestations anormales fussent dépistées avant l'expiration du délai de 3 mois afin de pouvoir, le cas échéant, recourir à la mise en Réforme n° 2.

Au cours de ces 3 premiers mois de service le médecin incorporateur a tout intérêt à étayer les indications de ses examens par des enquêtes de gendarmerie, par l'envoi en consultation de neuro-psychiâtrie ou par la mise en observation à l'hôpital. Dans ces conditions l'examen psychiâtrique des engagés peut être pratiqué sans hâte et avec le maximum de garanties désirables. Mais, il va s'en dire que le médecin de corps de troupe ne doit pas attendre les derniers jours du 3ᵉ mois pour s'en préoccuper et qu'il doit utiliser au mieux, depuis le jour de l'arrivée de l'engagé au corps, tout le délai que lui accorde la loi.

Il nous a paru utile de préciser quelles sont actuellement les dispositions adoptées par les nouvelles lois militaires à l'égard des engagements volontaires et quelles sont les conditions matérielles prévues pour l'examen médical des engagés à leur entrée dans l'armée. Cette question présente un intérêt d'actualité qui ne saurait nous échapper, car chacun sait que la mise en application de la nouvelle loi de recrutement du 31 mars 1928, réduisant le service actif à un an, est subordonnée à la réalisation des « conditions préalables »

et en particulier au recrutement de très nombreux engagés (106.000 militaires de carrière).

Le médecin chargé de l'examen des candidats à l'engagement ne saurait opposer une sévérité exagérée à l'admission des jeunes volontaires dans l'armée. Il doit cependant, à l'égard des tares psychiques, procéder à une discrimination très prudente car c'est de sa décision que dépend la santé morale de l'armée. Qui oserait dire aujourd'hui qu'il est inutile qu'on s'en préoccupe ?

M. Desfosses, dans un article de la *Presse Médicale* du 9 février 1929 : « Réflexions sur la Médecine et sur la vie — Un problème grave et difficile » a bien voulu commenter les quelques considérations que nous avions émises, mon ami Gauthier et moi sur la question des « Déséquilibrés dans l'armée » et à propos des « Débiles mentaux dans le milieu militaire » (*Hygiène mentale*, novembre 1928). M. Desfosses redoute à juste titre que tous ces tarés psychiques, contre lesquels l'armée cherche à se défendre par l'élimination, ne deviennent un danger dans les rangs de la société civile. Nous ne saurions le contredire, car ces sujets, dans quelque situation qu'ils soient placés, demeurent pareils à eux-mêmes. Mais nous répondrons simplement par les termes mêmes qui achèvent l'article de notre éminent confrère : « La médication hélas ! aussi n'est pas trouvée ; mais il serait grand temps pourtant que les hommes sains *dans le civil* songent enfin à se défendre, *comme dans l'armée*, contre la demi-folie. »

Averti de l'importance de sa tâche à l'égard de l'hygiène mentale dans l'armée, le médecin expert, qu'il soit civil ou militaire, n'examinera jamais à la légère un candidat à l'engagement. Connaissant bien par avance, les conditions matérielles dont il peut disposer pour ce genre d'expertise, il utilisera toutes les possibilités qui lui sont données par les lois et règlements militaires pour procéder à un examen psychiâtrique très approfondi. Son diagnostic sera alors étayé par des constatations précises et sa décision à l'égard de l'aptitude au service militaire des recrues sera fondée sur le bon sens clinique et sur l'expérience acquise concernant les conséquences des diverses tares psychopathiques dans le milieu militaire.

Les conditions de l'expertise mentale et de l'assistance médicale aux enfants délinquants en Belgique

Par le Dr Vermeylen (Bruxelles)

Le rapport si documenté du Docteur Vullien n'apporte pourtant que peu de précisions sur les réalisations déjà existantes dans divers pays au sujet de l'expertise mentale et de l'assistance médicale des enfants délinquants, et sur les enseignements que cette pratique comporte dès à présent. C'est pourquoi il me semble bon de donner quelques détails sur les modalités de sa mise en pratique en Belgique, où il existe déjà tout un ensemble assez bien coordonné et largement inspiré des connaissances modernes de la mentalité enfantine et de ses nécessités.

La loi sur la protection de l'enfance, promulguée le 15 mai 1912, institua, dès cette date, des tribunaux d'enfants, fonctionnant d'une manière toute différente des tribunaux d'adultes et dépouillés de tout l'appareil judiciaire d'usage. Tous les délinquants de moins de 16 ans et ceux de 16 à 18 ans ayant commis des délits de mendicité, vagabondage, inconduite et indiscipline y sont déférés. Un juge unique décide des mesures à prendre pour le bien de l'enfant. Le système répressif est remplacé par des mesures de garde, d'éducation et de préservation. La notion de discernement n'est plus soulevée par le magistrat et le principe de la chose jugée, en matière de décisions judiciaires, ne s'applique plus aux mineurs : le juge pouvant modifier ou rapporter en tous temps les mesures prises.

L'article 23 (chap. II) de la loi vise spécialement l'expertise médicale qui, malheureusement, n'est pas rendue obligatoire dans tous les cas : « Si le juge a un doute quant à l'état phy- « sique ou mental du mineur, il peut le placer en observa- « tion et le soumettre à l'examen mental d'un ou de plusieurs

« spécialistes. » Cette *expertise mentale* est pourtant appliquée dans tous les cas pour les mineurs délinquants de l'agglomération bruxelloise, grâce à l'initiative hautement compréhensive du juge des enfants, M. Wets. Avant qu'une décision ne soit donc prise à leur égard, tous les jeunes délinquants déférés devant le tribunal des enfants de Bruxelles, passent un examen médico-mental à la clinique médico-pédagogique du Brabant, dirigée par les docteurs Boulenger et Alexander. Depuis sa création en janvier 1920 jusqu'à présent, plus de 3.000 enfants y ont été examinés. L'examen qui ne comporte pas d'hospitalisation, y est forcément assez succinct et c'est dommage. Il dépasse pourtant largement les « entretiens de parloir » dont parle M. Vullien dans son rapport et est basé, non seulement sur un examen physique méthodiquement mené, mais aussi sur un examen mental fait au moyen des méthodes objectives actuellement bien connues.

Telle qu'elle existe, cette expertise se révèle suffisante pour faire une sélection capable d'orienter le juge vers les mesures les plus opportunes à prendre. La statistique des mille premiers cas qui ont été examinés à la clinique donne un pourcentage de 36,6 0/0 d'arriérés et de 33 0/0 de débiles mentaux, imbéciles ou idiots parmi les jeunes délinquants. Il n'est pas fait mention des jeunes psychopathes et des enfants présentant des troubles graves du caractère, qui doivent pourtant se trouver en grand nombre, surtout parmi les 30,4 0/0 qui ne présentaient aucun déficit mental.

Il serait évidemment fort désirable que ces centres d'expertise médico-mentale infantile se propageassent aux 56 cantons judiciaires du pays. Mais il y a de grosses difficultés à les organiser partout et à trouver sur place les médecins spécialisés dans ce sens. De plus, même là où ces centres existent, ils ne sont pas organisés pour élucider les cas complexes qui demandent des examens prolongés et répétés. Les *écoles d'observation* de Moll pour les garçons, de St-Servais (Namur) pour les filles ont été créées pour l'étude de ces cas difficiles. L'observation du jeune délinquant y est faite d'abord en régime cellulaire afin d'étudier les réactions personnelles de l'enfant, puis en régime collectif pour étudier ses réactions interpsychologiques. Elle porte donc surtout sur l'étude du caractère et du comportement psycho-social de l'enfant. La plupart des cas d'arriération mentale simple ne

posent en effet pas des problèmes assez complexes pour nécessiter l'envoi en observation. Aussi, pendant les deux ans où j'ai été chargé à l'école de l'expertise médico-mentale, je n'ai relevé qu'un pourcentage de 25,5 0/0 d'arriérés de l'intelligence sur les 1.236 jeunes délinquants qui y sont passés. Par contre, le nombre des psychopathes et des inadaptés sociaux y est considérable. D'après les statistiques de l'école, publiées par M. le Directeur Rouvroy, sur l'ensemble des enfants qui ont été observés à l'école depuis sa fondation, 29,3 0/0 étaient des déficients mentaux à tous les degrés, mais surtout de degré léger, et 58,7 0/0 présentaient des troubles du caractère ayant motivé leur délinquence. Dans l'ensemble, 88 0/0 d'anormaux, à des titres divers, parmi les délinquants infantiles.

Il y a pourtant quelques inconvénients au système, comme à tous les systèmes, du reste. Tout d'abord, l'école est trop éloignée des grands centres, et il est, non seulement difficile de s'assurer la collaboration de médecins spécialisés, mais ceux-ci ne possèdent pas toujours tous les moyens nécessaires pour pousser à fond leurs investigations médicales. D'autre part, le régime collectif offre des dangers sérieux, surtout dans un milieu de jeunes délinquants, et risque toujours de marquer, d'une façon durable, celui qui l'a subi.

D'après le même article 23, qui l'autorise à provoquer une expertise mentale, le juge peut également, « si cette expertise médicale établit un état d'infériorité physique ou mentale, rendant l'enfant incapable du contrôle de ses actions..., ordonner qu'il soit mis à la disposition du gouvernement, pour être placé dans un asile ou établissement spécial approprié à son état ».

En dehors des établissements pour enfants anormaux, qui peuvent recevoir les jeunes délinquants arriérés mentaux, il existe deux *établissements d'éducation de l'Etat* pour garçons (Ruysselède et Saint-Hubert) et un établissement pour filles (Saint-Servais). On y envoie les enfants du Juge qui ont besoin d'une rééducation du caractère. Ces établissements devraient avoir une annexe psychiatrique, comme il en existe dans les prisons belges pour adultes, qui permettrait, dans un milieu approprié, l'observation et le traitement médical de jeunes délinquants présentant des épisodes morbides au cours de leur rééducation. Le centre d'observation annexé à l'établissement pour filles, de Saint-Servais, peut déjà servir à cet office. Dans les établissements pour garçons, de Ruysselède et de Saint-

Hubert, on renvoie à l'Ecole d'observation de Moll les jeunes gens qui demandent un complément d'examen, où chez qui un fait psychique nouveau s'est produit pendant leur séjour.

Enfin, la loi sur la protection de l'enfance, article 25, prévoit que « les mineurs qui, dans une des hypothèses prévues aux « articles précédents (infériorité physique ou mentale), n'ont « pas été placés dans un établissement de l'Etat ou en sont « sortis, sont placés, jusqu'à leur majorité, sous le régime de la liberté surveillée ». Jusqu'à présent, ces enfants, renvoyés des poursuites, pour employer le terme appliqué au régime des adultes et qui ne convient plus complètement aux enfants, ou sortis des établissements de l'Etat, étaient confiés à des délégués à la protection de l'enfance, personnes exerçant, pour la plupart, bénévolement ces fonctions délicates et assez absorbantes. A Bruxelles, 442 délégués collaborent ainsi à l'œuvre de réadaptation psycho-sociale que dirige le juge des enfants.

Avec une claire et juste notion du problème, le juge des enfants de Bruxelles, M. Wets, a compris que, lorsqu'il s'agissait d'enfants anormaux déliquants, ces mesures de sauvegarde sociale ne suffisaient pas. Il lui a semblé, à juste titre, qu'il convenait de les adresser à un organisme s'occupant d'enfants anormaux et de faire assurer leur surveillance et assistance sociale, non plus simplement par des personnes pleines de bonne volonté, mais non spécialisées, mais par des assistantes sociales rompues aux difficultés de reclassement de ces sujets anormaux. C'est pourquoi, depuis un an environ, tous les enfants arriérés de l'agglomération bruxelloise, renvoyés des poursuites ou sortant des établissements d'éducation, passent une nouvelle expertise mentale au *Dispensaire d'Hygiène mentale infantile*. De plus, le médecin du Dispensaire est chargé de collaborer désormais, avec le juge, à l'assistance sociale de l'enfant délinquant laissé dans sa famille. Il y est aidé par des déléguées spécialisées, recrutées parmi les auxiliaires sociales sortant des écoles de service social. Ces déléguées restent en rapport étroit avec le médecin du Dispensaire, assistent à l'examen médico-mental de l'enfant, au moment où il est confié au Dispensaire, et envoient chaque mois, tant au médecin du Dispensaire qu'au juge des enfants, un rapport circonstancié sur le comportement général de l'enfant. De plus, le médecin du Dispensaire revoit périodiquement les enfants qui lui sont confiés et refait, à ces occasions,

les examens physiques et psychiques qui lui semblent opportuns. Il tient enfin le juge des enfants au courant de l'état de l'enfant et le prévient lorsqu'une mesure quelconque semble devoir être prise à son égard.

Dans l'ensemble, donc, les mesures d'assistance prises à l'égard des enfants délinquants belges, et notamment de ceux de l'agglomération bruxelloise, me paraissent faire appel, de la façon la plus complète et la plus opportune, à la collaboration médicale. Non seulement une expertise médico-mentale de dépistage, dans les cas ordinaires, et poussée plus à fond, dans les cas complexes, est assurée par les cliniques médico-pédagogiques et les écoles d'observation, avant l'intervention du juge, mais, au cours de la rééducation même, et surtout lorsque l'enfant délinquant est replacé dans le milieu familial et social, le Dispensaire d'hygiène mentale collabore avec le juge pour éclairer ce dernier sur l'état actuel de l'enfant et pour l'aider à son reclassement social.

Ainsi compris, le médecin devient vraiment la cheville ouvrière de tout le système d'assistance aux enfants anormaux délinquants, et sa collaboration avec le juge des enfants prend sa pleine et entière signification.

COMMUNICATIONS DIVERSES

A. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Sur l'emploi de l'Arsaminol dans le traitement de la syphilis nerveuse

Par MM. Hamel, Verain et Mlle Toussaint
(de Nancy)

Nous avons, depuis un an, traité une cinquantaine de malades à l'arsaminol. Nous avons constaté, comme MM. Gaugoux, Aubry et Bouret, de la Faculté de Marseille, la parfaite inocuité de ce produit et son action remarquablement énergique sur les manifestations syphilitiques à toutes les périodes de l'infection. L'arsaminol est d'un maniement facile, tout à fait indolore, il permet l'introduction, par voie sous-cutanée ou intra-musculaire, de doses massives d'arsenic. En effet, 1 cc. contient 0,05 gr. d'arsenic métélloïdique, et les doses de 5 cc. employées communément, dès le début du traitement, correspondent à 1,25 gr. d'arsénobenzène. Nous avons spécialement porté notre attention sur l'action de l'arsaminol sur le foie et les reins. Ces appareils n'ont été nullement touchés, même par des traitements prolongés.

Etant ainsi en possession d'un médicament actif et aussi peu dangereux que possible, nous avons pensé qu'il serait de la plus haute utilité :

1° d'apprécier son action sur l'organisme autrement que par des résultats cliniques ;

2° de tenter d'en fixer le meilleur mode d'emploi.

En raison de la longueur et de la difficulté de ces recherches, nous ne pouvons que donner 10 observations complètes. Pour faire une étude complète, nous nous sommes astreints à doser l'arsenic dans les urines des 24 heures tous les jours, dans le sang tous les deux jours, et dans le L. C. R. en fin de traitement. En outre, nous avons utilisé des procédés différents :

1° Groupe injections journalières de 2 cc.
2° Groupe injections espacées de 3 cc.
3° Groupe injections espacées de 5 cc.

Observation I

M Franz : Paralysie générale à forme expansive (début).

Avant traitement. — Urée 0,29 gr. ; rapport azotémique 46,9 0/0 ; Hecht positif ; Calmette et Massol positifs (10 unités) ; Jacobsthal positif ; Meinicke positif ; L. C. R. ; albumine 0,98 gr. ; Lympho 12 ; Benjoin positif ; Pandy positif ; Pandy positif.

Traitement. — 4 injections de 3 cc., 8 injections de 5 cc. ; durée du traitement, 34 jours ; arsaminol, 54 cc. ; arsenic, 2,60 gr. ; concentration moyenne en arsenic dans le sang, 4,5 ; concentration moyenne dans le L. C. R., 0,60 mmgr.

Après traitement — Pour le sang, tous les procédés sont négatifs, sauf le Jacobsthal. Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est négatif.

Rémission complète et sortie.

Observation II

M. Nel : Paralysie générale, à forme démentielle, avec éthylisme.

Avant traitement. — Constante d'Ambard, 0,099 ; rapport azotémique, 44,8 0/0 ; Hecht positif ; Calmette-Massol, 5 unités ; Jacobsthal positif ; Meinicke positif. Dans le L. C. R. on trouve: A. L., 0,56 gr., 7 lymp. Un Wassermann très positif.

Traitement. — 4 injections de 3 cc., 8 de 5 cc. En 34 jours, 54 cc. d'arsaminol, soit 2,60 gr. d'arsenic.

Après traitement. — Les réactions biologiques sont sans grand changement.

Progrès de l'état général, rémission incomplète, avec persistance de déchéance morale et sociale.

Concentration moyenne d'As dans le sang, 4,50 mmgr.

Dans le liquide céphalo-rachidien, 0,60 mmgr.

Observation III

Mlle Yu. : Paralysie générale, à forme expansive, début.

Avant traitement. — Constante, 0,082 ; rapport azotémique, 22,4 0/0 (foie insuffisant) ; Hecht positif ; Calmette-Massol, 15 unités ; Jacobsthal positif ; Meinicke positif. Dans le L. C. R. : Al., 0,65 gr., Lymp., 7,2 ; Wassermann positif.

Traitement. — 1 injection de 2 cc., 1 de 3 cc. et 1 de 5 cc., 50 cc. d'arsaminol en 30 jours, soit 2,50 gr. d'arsenic.

Après le traitement. — Constante à 0,083 ; rapport azotémique très amélioré, à 55,6 0/0. Le sang est encore négatif, mais par le Calmette-Massol on ne trouve que 5 unités et le Meinicke est douteux.

Résultat clinique excellent, bonne rémission, qui aurait permis la sortie, si la malade n'avait pas été mise à la malariathérapie.

Concentration moyenne d'arsenic, 8,40 mmgr., dans le L. C. R., 0,28.

Observation IV

Mme G. : Psychose hallucinatoire. Début en décembre 1928. Syphilis en 1910.

Avant traitement. — Constante à 0,086 ; rapport azotémique, 33,1 0/0 ; Hecht positif faible ; Calmette-Massol + 5 ; Jacobsthal et Meinicke positifs. Dans le L. C. R., Wassermann négatif, albumine, 0,45 gr et 0,8 lymp.

Traitement. — 1 injec. de 2 cc., 1 de 3 cc., 9 de 5 cc., soit 50 cc. d'arsaminol, ce qui représente 2,50 gr. d'arsenic en 30 jours.

Après traitement. — Constante, 0,103 ; rapport azotémique, 48,2 0/0. Le sang reste faiblement positif.

Les résultats cliniques sont peu appréciables. Toutefois, la malade se dit moins hallucinée.

Observation V

M. T. D. : Evolution démentielle, du type D. P., chez un hérédosyphilitique.

Avant traitement. — Constante, 0,106 ; rapport azotémique, 30,6 0/0 ; examen du sang ; Hecht douteux ; Calmette-Massol négatif ; Jacobsthal négatif.

Traitement. — Très prudent : 1 de 1 cc., 1 de 2 cc., 13 de 3 cc., soit 42 cc. d'arsaminol, qui représentent 2,10 gr. d'arsenic en 45 jours. Après 6 injections d'arsaminol, on refait l'examen du sang, qui est nettement positif et qui montre que le malade a été réactif.

Après traitement. — Constante, 0,111 ; rapport azotémique, 53,4 0/0. Le sang et le liquide céphalo-rachidien sont négatifs. Etat général très satisfaisant, tenue correcte, mais jugement toujours déficient. Concentration moyenne d'arsenic, 7,3 mmgr. dans le sang et 0,78 mmgr. dans le L. C. R.

Observation VI

Mlle C. : Démence précoce chez une hérédosyphilitique.

Avant le traitement. — Constante à 0,079 ; rapport azotémique à 37 0/0 ; Hecht positif ; Calmette-Massol + 10 ; Meinicke positif. Pas d'anticorps tuberculeux. Dans le L. C. R., on a 0,22 d'al. et 0,6 lymp. Wassermann subpositif.

Traitement. — Etant donné la débilité physique, traitement prudent. 1 de 2 cc. et 10 de 3 cc., soit 32 cc. d'arsaminol, qui représentent 1,60 gr. d'arsenic en 31 jours. On doit arrêter, en raison de maux de tête violents.

Après le traitement. — Après le traitement, le sang et le liquide céphalo-rachidien sont négatifs. Mais l'urée sanguine passe de 0,25 à 0,40 gr., et la constante est à 0,108, le rapport azotémique à 40,5 0/0. Amélioration notable avant le début du traitement, à la suite d'un traitement calcique et opothérapique, progrès et rémission complète après traitement arsenical.

Observation VII

M. Hu. : Paralysie générale, à forme expansive.

Avant traitement. — Constante, 0,087 ; rapport azotémique, 33,1 0/0 ; Hecht positif ; Calmette-Massol + 5 ; Meinicke et

Jacobsthal positifs. Dans le L. C. R., alb. 1,33 gr., lymphocytes 37, glucose 0,67. Wassermann très positif ; benjoin positif.

Traitement. — 34 de 2 cc., soit 68 cc., représentant 3,40 gr. d'arsenic en 34 jours.

Après traitement. — L'urée sanguine, qui était à 0,20 gr., reste à 0,20 gr. ; rapport azotémique, 34,5 0/0 ; liquide céphalo-rachidien ; al., 0,95 gr. ; lymp., 25 au mmcc.; glucose, 0,65 gr. Le Wassermann reste positif dans le sang et subpositif dans le L. C. R., ainsi que le benjoin. Rémission rapide et complète. Concentration moyenne d'arsenic dans le sang, 6,70 mmgr. ; dans le L. C. R., 1,05 mmgr.

Observation VIII

M. Br. : Paralysie générale à forme démentielle.

Avant traitement. — Hecht positif ; Calmette-Massol + 15 ; Jacobsthal positif ; Meinicke positif ; Vernes à 100. Wassermann du liquide céphalo-rachidien très positif ; albumine, 0,76 gr. ; lymphocytes, 19.

Traitement. — 1 de 1 cc., 55 de 2 cc., soit 3 cc. représentant 5,55 gr. d'arsenic en 56 jours.

Après traitement. — Hecht négatif ; Calmette-Massol + 5 ; Meinicke positif. Dans le L. C. R. Wasserman positif; 6 lymp.; 0,50 gr. d'al. Demie rémission, calme, bonne tenue, coordination des idées et des actes. Après 7 jours, rechute brusque et retour à l'état initial.

2e traitement. — 17 de 3 cc. (tous les 2 jours), 2,55 gr. d'arsenic en 34 jours. Dose totale, 8,10 gr. d'arsenic en 105 jours. Rémission incomplète, malade soumis à la malariathérapie.

Observation IX

M. Did. : Syphilis cérébrale.

Avant le traitement. — Hecht positif ; Calmette-Massol + 15 ; Jacobsthal positif. Dans le L. C. R. Wassermann très positif ; albumine, 0,99 gr. ; 19 lymp.

Traitement. — Le malade reçoit tous les jours 2 cc., soit 40 cc. d'arsaminol, représentant 2 gr. d'arsenic.

Après traitement. — On doit cesser le traitement, car le malade a des poussées de céphalées violentes. Concentration moyenne de l'arsenic dans le sang, 70 mmgr.

Observation X

M. Gué. : Syphilis ancienne, avec réaction médullaire.

Avant le traitement. — Hecht positif ; Calmette et Massol + 15 ; Meinicke positif.

Traitement. — A deux reprises différentes, le malade reçoit 30 injections de 2 cc. d'arsaminol tous les jours, ce qui représente 120 cc. d'arsaminol, soit 6 gr. d'arsenic.

Après traitement. — Hecht positif ; Calmette-Massol + 5 ; Vernes zéro. Grosse amélioration clinique. Concentration moyenne d'arsenic dans le sang, après le 1er traitement, 20 mmgr. ; après le 2e traitement, 8,50 mmgr.

Nous avons construit, avec les différents dosages, des courbes qui paraîtront dans un travail plus étendu, et dont l'examen nous a suggéré les réflexions suivantes. Cherchant un témoin fidèle de la quantité d'arsenic contenu dans le sang pendant tout le cours du traitement, nous avons pensé désigner par le terme de concentration moyenne le taux moyen d'arsenic fixé par le sang, exprimé en milligrammes. Nous avons constaté :

1° La régularité des concentrations moyennes avec les petites doses journalières et l'irrégularité avec les grosses doses.

2° Corrélativement, l'irrégularité des éliminations urinaires avec les grosses doses s'accompagnant de hauts clochers et tombant à zéro le lendemain de l'injection ; au contraire, avec les petites doses courbes d'élimination sans clochers et sans chute à zéro.

3° Dans le liquide céphalo-rachidien, fixation maximum avec les petites doses ; moyenne avec les doses moyennes, et enfin, fixation faible avec les grosses doses.

4° Quelle que soit la quantité d'arsenic injecté, le chiffre de l'arsenic conservé est remarquablement constant, si l'on admet que l'élimination urinaire représente la majeure partie de l'arsenic éliminé.

5° Ceux qui conservent le moins d'arsenic sont ceux à mauvaises constantes. Cependant, leur élimination urinaire est inférieure ou pas supérieure, mais il se produit probablement une suppléance d'élimination qui dépasse le but.

6° Le traitement a toujours amélioré le fonctionnement hépatique, relevant le rapport azotémique chez ceux à rapport bas. Le rein n'a pas été sensiblement touché, même par des traitements très longs.

Résultats cliniques

D'après nos observations, on voit que, dans les cas favorables, l'arsaminol a provoqué d'excellentes rémissions, permettant la sortie de l'asile. Dans les cas moins favorables, il a, le plus souvent, donné une amélioration franche de l'état physique et des rémissions incomplètes.

En raison de la rapidité du traitement, il est favorable aux cures répétées, souvent si nécessaires chez les syphilitiques nerveux, parce qu'il permet de longs repos.

Pour la même raison, il est tout indiqué dans la cure arsenicale préparatoire au traitement par la malariathérapie.

(Travail du service du Dr Hamel et du Laboratoire particulier du Dr Verain).

Note sur la paralysie générale à l'asile d'aliénés de San Baudilio de Llobregat

Par le Docteur A. Rodriguez-Morini

Médecin-Directeur de l'Asile

Dans la session de Psychiatrie et Neurologie du *Congrès International de Médecine,* qui s'est tenu à Lisbonne, en avril 1906, j'ai présenté une communication intitulée : « *Contribution à l'étude clinique de la Paralysie générale en Espagne.* »

Dans cette étude, à part les considérations historiques, sémiologiques, étiologiques et anatomopathologiques sur cette maladie, qui, on le sait, fut entrevue pour la première fois en Angleterre, par Harlam, en 1798, et décrite définitivement en 1822, par Bayle, interne de Charenton et élève d'Esquirol, j'ai exposé et commenté les renseignements statistiques recueillis pendant des années dans les principaux Asiles espagnols, concernant le nombre de paralytiques généraux entrés dans ces Asiles; j'ai commenté la proportion de ces paralytiques par rapport aux autres malades assistés, en me basant, pincipalement, sur les statistiques de plusieurs années de l'Asile de San Baudilio, qui comptait, en ce temps-là, une population vésanique d'environ 800 hommes et plus de 500 femmes.

De l'ensemble de ces renseignements il résultait qu'en 1906, la moyenne des paralytiques généraux hospitalisés en Espagne oscillait entre un 7 et un 9 0/0 de la totalité des malades mentaux reclus dans les principaux Asiles. En ce qui concerne spécialement celui de San Baudilio, qui possédait la plus nombreuse population vésanique et qui présentait, pour l'Espagne, le plus fort mouvement d'entrées et de sorties de malades, le nombre de paralytiques ne dépassait pas un 5,50 0/0 pour les hommes, et un 0,92 0/0 parmi les femmes. Dans tous les cas, les diagnostics de paralysie générale étaient

purement cliniques, étant donné que nous étions encore très loin des études anatomo-pathologiques, ainsi que des analyses du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Ces chiffres sur la paralysie générale donnaient un résultat très inférieur pour l'Espagne, comparativement à ceux que l'on enregistrait en d'autres pays, notamment dans ceux du Centre et du Nord de l'Europe.

J'ai également consigné dans cette communication que, parmi les cas de paralysie générale observés dans l'Asile de San Baudilio, ceux de beaucoup les plus fréquents étaient du type psychique, avec délire mégalomaniaque d'énormité, évolution rapidement démentielle, de très courte durée et terminaison fatale par ictus cérébral. Parmi tous les cas de cette époque, seulement 5 ou 6 malades accusèrent de légères rémissions syndromiques.

De 1907 jusqu'en 1923, le nombre de paralytiques augmenta à San Baudilio d'année en année et arriva à dépasser le 8 0/0 des malades internés pendant le triennat 1920-1923. Cette notable augmentation de paralytiques ne fut pas due seulement à l'entrée dans l'Asile d'un plus grand nombre de ces malades, avec diagnostic facile, mais aussi à ce que les moyens d'investigation sérologique contribuèrent à diagnostiquer des cas difficiles, qui ne présentaient pas les symptômes psychiques ou neurologiques, qu'on peut considérer comme pathognomoniques.

Il n'y eut, pendant ce triennat, aucune variation dans les formes cliniques les plus fréquentes, qui continuèrent à être celles du type d'intense délire ; mais, à partir de 1922, on put observer dans cet Asile deux faits, qui doivent être exposés dans cette note, faits simultanés, qui peuvent avoir la même origine et qui, bien étudiés et vérifiés, comparés avec ceux qui ont été observés en d'autres Asiles, peuvent conduire à modifier la conception thérapeutique et peut-être pronostique de la paralysie générale.

Le premier fait que les statistiques révèlent, est que le nombre de paralytiques généraux subit à San Baudilio une diminution progressive, qui s'accentue de jour en jour, jusqu'au point qu'actuellement (mai 1929), ce nombre n'atteint pas le 2 0/0 des malades mentaux hospitalisés (1.200 hommes).

Le deuxième fait est que les formes cliniques de paralysie générale, qui sont observées à présent en plus grand nombre, sont les atypiques, avec prédominance de celles qui offrent

un délire dépressif, d'évolution lente, avec rémission syndromique de plus longue durée.

Ces deux faits peuvent être produits par deux autres faits : celui du traitement intensif de la syphilis dans ces dernières années et celui du diagnostic plus certain de la paralysie générale.

Le nombre des sujets atteints de paralysie générale aurait-il diminué, par suite de la plus grande efficacité de la thérapeutique moderne de la syphilis, ou bien cette diminution observée à l'Asile de San Baudilio est-elle seulement un fait casuel et transitoire ?

La plus grande sécurité avec laquelle on diagnostique à présent la paralysie générale, facilitant un traitement opportun dans la première période, peut-elle déterminer des rémissions syndromiques de longue durée, arrêtant ainsi le cours rapide et fatal de la maladie ?

Les formes cliniques atypiques, qu'on observe à présent en plus grand nombre, gardent-elles quelque relation avec le traitement de la syphilis ?

Pourra-t-on, dans un avenir plus ou moins lointain, effacer le mot « *incurabilité* », en ce qui concerne la paralysie générale ?

Voilà quatre questions auxquelles je ne me risque pas aujourd'hui à répondre affirmativement.

Un cas de paralysie générale infantile

Par B. Rodriguez Arias et J. Juncosa Orga (de Barcelone)

Ils ne sont pas du tout fréquents, les cas typiques de paralysie générale infantile ou juvénile, c'est-à-dire le contingent de formes précoces de la parasyphilis vraie ; à cause de cela, l'étude de nouvelles observations anatomocliniques ou cliniques revêt toujours un grand intérêt.

En outre, tous les auteurs ne présentent pas avec uniformité les caractéristiques symptomatologiques (principalement neurologiques), les antécédents réels ou supposés de syphilis héréditaire et la façon de formuler un diagnostic sûr. Par exemple, Toni, Schmidt, Kraepelin, Tanzi et Binswanger croient que les ictus, surtout s'ils sont épileptiformes, existent en abondance. Par contre, Sérieux, Mignot et Péron affirment que ces accidents sont rares. Bumke est le seul qui parle de la grande constance des signes focaux les plus divers. Et Stocker accorde une signification primordiale, quoiqu'elle n'ait été confirmée dûment, à la rigidité pupillaire absolue et à la mydriase.

La proportion des paralytiques héréditaires, d'après le sexe et l'âge, n'a pas, non plus, trouvé les auteurs d'accord. Nous pouvons dire la même chose quant à l'existence régulière de la syphilis paternelle ou acquise de bonne heure, peu après la naissance. Enfin, le problème diagnostique, simple pour les uns, est difficile pour d'autres, moins nombreux.

La casuistique espagnole est à peu près inédite. Nous connaissons seulement les publications de Lafora (de Madrid). Il est utile, donc, de décrire encore un cas (1).

Résumé de l'histoire clinique. — N° 574 du Dispensaire neurologique annexé à la Chaire de pathologie interne des professeurs A. Ferrer Cagigal et A. Pedro et Pons, Faculté de Médecine de Barcelone.

---

(1) La malade fut présentée récemment à la « Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona » (séance du 23 février 1929).

Conchita O. D., de 17 ans, célibataire, orginaire de Barcelone, vient nous consulter le 26 janvier 1929 sur les instances du docteur B. Guilera (de Barcelone).

Le père mourut à 45 ans d'une affection cardiovasculaire peu précise. La malade avait à ce moment 12 ans. Il n'avait jamais été malade et ne croyait pas avoir souffert de la syphilis.

La mère est en vie, a 45 ans et ne présente aucun malaise important. Elle dut contracter une syphilis conjugale sans s'en rendre compte, il y a très longtemps. Trois couches : une fille qui mourut de méningite, à l'âge de 7 mois ; une couche prématurée de 7 mois avec le fœtus macéré ; et la patiente. Traitement spécifique nul. Symptomatologie humorale positive (J. Catasús) du sang, et négative dans le liquide céphalorachidien. Sang : réaction de Meinicke, intensément positive et réaction de Wassermann légèrement positive. Liquide spinal : albumine totale, 0 gr. 15 ; réactions de Nonne-Apelt et Pandy, négatives ; lymphocytes 1 1/2 par mm^3 ; réaction de Lange, 0011100000 ; réaction de Guillain, 000002200000000 ; réactions de Wassermann et de Vernes, négatives. Elle suit une cure spécifique énergique, qu'elle tolère bien, à base d'arsenic et de bismuth.

Notre paralytique n'a souffert d'autre maladie que de la rougeole à 7 ans, et de diverses infections intestinales légères. Nourrie au sein jusqu'à 18 mois et artificiellement ensuite. Menstruation à 12 ans, toujours avec dysménorrhée.

Dans les 5 premières années de la vie, elle a pu être qualifiée de normale tant physiquement que mentalement. Néanmoins, elle accusait quelques stigmates somatiques de dégénération : dents mal placées, voûte du palais ogivale, un certain degré de microcéphalie, développement corporel exigu, etc.

Quand elle eut 5 ans, en même temps que de symptômes vagues du type infectieux, elle souffrit d'une crise congestive épileptiforme caractérisée par : état comateux pendant 2 ou 3 jours, convulsions toniques et cloniques, de préférence dans le bras droit et assez persistantes, 5-6 heures ; morsures de la langue, légères parésies post-paroxystiques du côté droit, surtout dans le bras, et énorme obnubilation intellectuelle à la suite de l'attaque, qui produit un affaiblissement psychique global intense. La jeune fille donnait l'impression d'être une imbécile ; elle parlait peu, riait sans motif, montrait de l'indifférence pour tout et ne se fâchait jamais, jouait avec des enfants plus jeunes qu'elle. Elle alla pendant 5 ans à l'école municipale des anormaux, ne pouvant arriver à apprendre à lire ni à réaliser des travaux mécaniques simples, et étant soumise à une thérapeutique spécifique peu régulière. Elle eut seulement des manifestations de démence simple.

Le 23 décembre 1928, elle présente une autre crise épileptique convulsive (plus prononcée dans le membre supérieur droit), durant

plusieurs minutes. Une nouvelle attaque semblable le 24 janvier 1929.

A l'exploration neurologique, on trouve de l'anisocorie, avec légère mydriase et signe de Argyll-Robertson ; dyslalie, tremblements fibrilaires péribucaux et réflexes tendineux et ostéopériostiques un peu plus vifs dans le bras droit. Du point de vue somatique : bon état général quoique d'air infantile, aspect d'une petite fille de 10 ans. Au point de vue mental : démence très avancée du type global avec euphorie stupide, grande indifférence, conservation de quelques souvenirs lointains, jugement presque nul, etc. ; pas de délire ni de manifestations expansives ou dépressives.

Comme symptômes humoraux (J. Catasús) ; réaction de Wassermann (sang et liquide), intensément positive ; réaction de Vernes (liquide), faiblement positive ; albumine totale 0 gr. 41 ; réactions de Nonne-Apelt et Pandy intensément positives ; lymphocytes, 18 par mm³ ; réaction de Lange, 5555544321 ; réaction de Guillain, 2222022100000.

Soignée à l'arsenic et au bismuth (méthode usuelle), elle s'améliore un petit peu au point de vue des réflexes et de l'état général ; moins d'indifférence. Nous décidâmes de ne pas pratiquer l'innoculation paludique parce que les résultats obtenus par l'école de Vienne dans les cas d'origine héréditaire ont été nuls.

Nous sommes convaincus qu'on ne peut pas discuter le diagnostic de paralysie générale, progressive et hérédo-luétique.

Chez notre malade, l'hypothèse d'une syphilis infantile acquise très précocement paraît tout à fait invraisemblable. Et, d'autre part, l'idée d'une épilepsie constitutionnelle, d'une oligophrénie vraie, ou d'une démence schizophrénique, associée naturellement à la syphilis congénitale, n'a pas de fondement suffisant. Les antécédents spécifiques de la mère, l'absence d'allaitement mercenaire, les trois crises congestives épileptiformes, les signes nets de démence, l'état de la pupille et du langage et les signes hyperpositifs, dans le sens paralytique, du liquide céphalo-spinal, autorisent à formuler le jugement clinique émis. Mais plus qu'une observation juvénile, c'est une observation infantile de paralysie progressive, puisque le commencement de la maladie remonte au grave ictus épileptiforme à l'âge de 5 ans, qui fut suivi de démence intense jusqu'au point de représenter un obstacle infranchissable pour l'éducation élémentaire de la petite fille. Une preuve entre autres que cette crise fut une congestion cérébrale, c'est l'existence de phénomènes post-paroxys-

tiques de déficit moteur et psychique ; une autre est la répétition analogue, quoique moins intense, 12 ans après, quand le liquide céphalo-rachidien, malgré les traitements spécifiques institués, donnait un résultat positif franc, avec des courbes d'or et de benjoin réellement paralytiques. A notre avis, le cas que nous venons de décrire est curieux à plusieurs titres. D'abord, en vertu de sa précocité. Quoique Nonne mentionne des observations d'enfants de 4 et 6 ans, presque aucun autre auteur ne signale des âges semblables à ceux de la malade de laquelle nous parlons. En deuxième lieu, par l'évolution évidente d'une démence simple, euphorique, sans doutes légitimes, comme dans d'autres cas, lorsqu'il s'agit d'oligophrénies vraies. Par la fréquence relative des ictus épileptiformes et par l'existence de signes humoraux typiques. Enfin, par le bon état somatique et par le caractère stationnaire de l'évolution. Quant aux difficultés diagnostiques, nous avons eu l'impression qu'elles ne sont pas si importantes que le supposent la plupart des auteurs. L'aspect de la démence proprement dite est très différent, d'habitude, d'une oligophrénie ou d'une démence précoce. La dysarthrie, les symptômes pupillaires et les ictus congestifs ont, presque toujours, une valeur jusqu'à un certain point pathognomonique, puisqu'ils sont exceptionnels dans la syphilis héréditaire vulgaire. Enfin, les signes humoraux rachidiens et spécialement les courbes colloïdales d'aspect paralytique, peuvent résoudre d'une façon radicale le problème diagnostique.

En ce qui concerne le pronostic, nous sommes pessimistes, même dans les cas longtemps stationnaires et en dépit des succès obtenus par la malariathérapie. Nous pensons cependant l'essayer ultérieurement chez notre malade.

Etude comparative des réactions de Lange et de Guillain

Par B. Rodriguez-Arias et J. Catasus (de Barcelone)

Nous avons entrepris un travail comparatif entre les réactions de Lange et de Guillain, pensant qu'il serait du plus haut intérêt ; nous avons fait 150 analyses de liquide céphalo-rachidien. Ce sont les résultats obtenus au cours de ces analyses que nous avons l'honneur de soumettre à votre considération.

Réaction de Lange

Pour cette réaction, une bonne suspension d'or colloïdal est indispensable ; on l'obtient en faisant agir un réducteur (formol), sur une solution de chlorure d'or. Pour la préparer, il est absolument nécessaire d'avoir un matériel adéquat et qui ne serve à rien d'autre. La verrerie doit être de verre neutre d'Iéna, absolument propre, lavée avec de l'acide chlorhydrique au 1/3, ensuite avec beaucoup d'eau distillée pour faire disparaître toute trace d'acide et, pour terminer, relavée 2 ou 3 fois avec de l'eau bidistillée récemment préparée dans un appareil distillateur en verre neutre d'Iéna, enfin mise à sec à une température de 130° dans le four Pasteur. Nous insistons sur tous ces détails parce que la plus petite impureté de l'eau, une légère alcalinité, etc... sont suffisantes pour que la suspension échoue. Les produits doivent être chimiquement purs et l'eau bidistillée récente.

Dans un vase de précipités d'une contenance de 1000 cc., on met 500 cc. d'eau bidistillée ; on chauffe jusqu'à 60° et, à ce moment, on ajoute 5 cc. d'une solution de chlorure d'or à 1 0/0 et 5 cc. d'une solution de carbonate de potassium à 2 0/0 en agitant bien avec une baguette de verre pour mélanger; la température s'élève rapidement jusqu'à 90-93°, ne dépassant pas 95° ; on éteint le feu et on ajoute à petites doses, 5 cc. d'une solution de formol à 1 0/0, pendant qu'un aide agite énergiquement (essentiel). La réduction s'effectue au bout d'une minute, lentement d'abord et rapidement ensuite, passant d'une couleur rose faible à une couleur rouge cerise obscure. La solution doit être rouge cerise, transparente à

grandes masses, d'une manière absolument certaine. Elle doit donner des reflets oranges sans aucun ou très peu de reflets chocolat. Les suspensions de couleur pourpre, violette, ou bleu, doivent être rejetées, car l'or y est en mauvaise suspension.

Il est évident que si toutes ces précautions ne sont pas prises, il est impossible d'obtenir des résultats satisfaisants. Par contre, nous devons affirmer qu'en se mettant exactement dans ces conditions, nous avons toujours obtenu de bonnes solutions qui nous ont été utiles, sans que nous ayons eu à en rejeter aucune. Seulement, 3 ou 4 fois, il nous est arrivé de ne pas réussir et nous avons toujours trouvé la caûse de l'échec : une fois, la mauvaise qualité du formol, une autre fois, le manque d'énergie dans l'agitation au moment où la réduction s'effectuait ; une autre fois nous n'avons pas atteint la température optima, qui est aux environs de 92 à 93°.

Notons en outre que, immédiatement après la réduction de l'or, la suspension prend une couleur obscure qui va s'éclaircissant en refroidissant lentement. Nous avons observé ceci presque toutes les fois que nous avons préparé de l'or colloïdal.

De plus, le liquide à examiner doit être récemment extrait et sans aucune trace de sang.

La préparation de la suspension de benjoin est plus facile, mais elle n'est pas, de beaucoup, aussi sensible.

⁂

Nous allons examiner maintenant les 150 cas que nous avons étudiés et qui se répartissent de la manière suivante : *45 cas de P. G. P.; 3 cas de taboparalysie; 12 cas de tabès dorsal dont un (le 40ᵉ) douteux* ; *5 cas d'orthosyphilis nerveuse,* dont un douteux (le 148ᵉ) ; *11 cas de syphilis latente,* en cours de traitement ; 2 *cas de méningomyélite spécifique; 1 de méningite basilaire ; 1 cas de paraplégie syphilitique* et un cas d'artérite rétinienne ; 10 de sclérose multiple ; 10 de tumeur cérébrale ; 4 d'épilepsie essentielle ; 4 de démence précoce ; 4 d'encéphalite épidémique ; 4 de myélite chronique ; 2 cas d'hémiplégie par artériosclérose ; 2 de polynévrite toxi-infectieuse ; 3 d'artériosclérose cérébrale ; 2 de poliomyélite aiguë ; 2 de parkinson post-encéphalitique ; et 1 cas de parkinson classique, de Hansen, de spondylite tuberculeuse, de tuberculose pulmonaire ; de démence épi-

leptique ; d'oligophrénie, d'idiotie, de pachyméningite, de rhumatisme vertébral, de mélancolie, de paraplégie spasmodique, de claudication intermittente, de schizophrénie, d'atrophie simple de la 2e paire cranienne, de névrite irritative, d'ulcus gastrique, et deux de démence sénile.

Nous pouvons diviser en deux grands groupes cette série de maladies: l'un dont l'étiologie est le tréponème, l'autre d'origines diverses.

Sur les 45 cas de P. G. P., le Lange a donné une courbe de paralysie dans 32 ; dans 12 cas, une courbe modifiée, mais positive intense, (numéros 6-19-20-25-26-27-35-51-59-88-93 et 139) ; un seul des cas traités a donné une courbe négative (le 37). Le benjoin nous a donné 29 cas positifs, 7 cas complètement négatifs (les numéros 8-19-25-37-59-93-139) ; il a présenté différentes modifications dans la courbe dans 9 cas, mais se maintenant dans la zone syphilitique (15-20-21-26-27-35-46-51-98). Il est évident que si nous faisons une comparaison entre les deux réactions, nous trouvons un pourcentage de positivités plus élevé (presque de 100 0/0) avec le Lange qu'avec le benjoin. Dans un seul cas, il se montre inférieur, le numéro 6.

Dans les 12 cas de tabès, parmi lesquels deux sont de diagnostique clinique douteux, le Lange nous donne 7 courbes de tabès, et 5 totalement négatives (29-38-40-119-140). Le benjoin nous donne 4 cas positifs et 8 négatifs (9-10-29-38-40-119-140-141).

Dans 3 cas de taboparalysie, le Lange est intensément positif avec courbe de P. G. P. pour deux cas, et modifié pour l'autre (90) qui est moins intense. Avec le benjoin la réaction est moins sensible ; il nous donne un cas totalement négatif (90) et une faible courbe positive dans un autre cas (4).

En ce qui concerne la neurosyphilis, les deux réactions colloïdales se montrent très peu sensibles : sur 5 liquides, le Lange est positif, dans un cas seulement (69), avec courbe de syphilis.

Il en est de même pour la syphilis latente, où nous n'avons eu aucun cas positif.

Dans un cas de méningite basilaire syphilitique, la courbe du Lange nous montre sa signification méningitique par sa grande déviation à droite (96).

Des deux cas de méningomyélite syphilitique, il y a dans l'un concordance entre les deux réactions colloïdales (13) ;

dans l'autre (67), le Lange dévie à droite, le benjoin est négatif, nous indiquant une forte courbe méningitique.

Dans un cas de paraplégie syphilitique (36), il y a discordance en faveur du Lange, qui est positif. Dans un cas d'artérite rétinienne syphilitique (91), les deux réactions colloïdales sont négatives. Dans un cas de pachyméningite le benjoin est positif intense, le Lange nous donne une faible courbe. Ce cas n'a pas une très grande signification, car le liquide est xanthochromique (118).

Jusqu'à maintenant nous avons examiné les cas de liquides syphilitiques ; voyons quelles sont les discordances données par les cas de liquides non syphilitiques.

Il est évident que c'est dans la sclérose multiple que nous avons trouvé le plus de positivités non spécifiques, tant dans le Lange que dans le benjoin, comme l'indiquent les auteurs. Sur 11 cas, 4 sont positifs, 3 (105-108-115) montrent une courbe méningitique, et un cas (42) se rapproche beaucoup de la courbe P. G. P. ; le benjoin est positif dans deux cas (42-108).

Dans un cas de myélite, avec réaction pachyméningitique (89), le Lange est positif avec grande déviation sur la droite, le benjoin est négatif.

Sur 10 cas de tumeurs cérébrales, dans 3 (110-128-129) les deux réactions colloïdales sont positives, dans deux (128-129) négatives.

Dans un cas de polyomyélite (121), les deux colloïdales sont positives ; dans un cas d'idiotie (76), le Lange est positif, avec courbe de type syphilitique, le benjoin est négatif.

Dans un cas d'artériosclérose cérébrale (150), le Lange est positif et le benjoin est négatif.

Dans les autres cas, les deux réactions ont été complètement négatives.

Nous devons dire que, dans tous ces liquides, nous avons fait d'autres réactions : l'albumine, les globulines, la Wassermann, la cytologie et le Vernes.

Pour conclure, nous devons constater :

1° La réaction de Lange est beaucoup plus sensible que celle du benjoin.

2° La difficulté de la préparation de l'or ne doit pas faire rejeter une si bonne réaction.

3° Nous croyons que l'association des deux réactions colloïdales est indispensable pour faire de bonnes analyses du liquide céphalo-rachidien.

N°	Noms	Diagnostic	Benjoin colloïdal	Réaction de Lange
1 . . .	V.	P. G. P.	222222222210000	5555543200
2 . . .	M.	P. G. P.	222222222221000	5555543100
3 . . .	C.	Epilepsie.	000002222200000	0000100000
4 . . .	C.	Taboparalys. traitée.	002222222200000	4555511000
5 . . .	T. C.	Névrite irritative du cubital droit.	000012220000000	0011000000
6 . . .	S.	P. G. P. traitée.	222222222200000	4355542000
7 . . .	A.	P. G. P. traitée.	222222222200000	5555542000
8 . . .	R.	P. G. P.	000002222000000	5555542000
9 . . .	E. C.	Tabès dorsal.	000002221000000	1123320000
10 . .	R.	Tabès traité.	000002221000000	0012100000
11 . .	L.	P. G. P.	222222222200000	5555554200
12 . .	N. S.	Neurosyphilis.	000002222000000	5000001100
13 . .	P.	Méningomyélite syphilitique.	122220000000000	5555422000
14 . .	P.	P. G P.	222222222210000	5555555320
15 . .	N.	P. G. P.	122222000022200	5555555521
16 . .	N. N.	Mélancolie.	000002222000000	0000001000
17 . .	O.	P. G. P.	222222222100000	5555521000
18 . .	G.	P. G. P.	222222222221000	5555552000
19 . .	V.	P. G. P. traitée.	000002222200000	1145552100
20 . .	V.	P. G. P.	122222222000000	4555532100
21 . .	B.	P. G. P.	122222222000000	5555531000
22 . .	F.	Oligophrénie.	000000100000000	0000002200
23 . .	M.	P. G. P.	222222222200000	5555542100
24 . .	V.	Sclérose en plaques.	000002222200000	0011000000
25 . .	A.	P. G. P.	000001210000000	2333310000
26 . .	A.	P. G. P.	011001221000000	4333320000
27 . .	M. C.	P. G. P.	112220000000000	3344420000
28 . .	O.	Sclérose en plaques.	000002222200000	0000000000
29 . .	Ch.	Tabès (?)	000002220000000	0000001100
30 . .	I.	Sclérose en plaques.	000002222200000	0000000000
31 .	M. G.	Polynévrite toxique.	000002221000000	0000000000
32 . .	M. M.	Myélite chronique.	000002221000000	1100000000
33 . .	P.	P. G. P.	222222222210000	5555442200
34 . .	G.	Névrosyphilis traitée.	000002210000000	0000110000
35 . .	C.	P. G. P.	012222222000000	3344431100
36 . .	J. C.	Paraplégie syphilitique.	000002200000000	3110000000
37 . .	C. O.	P. G. P. traitée.	000000222000000	0000001100
38 . .	C. R.	Tabès aigu.	000012221000000	0001100000
39 . .	E. B.	Sclérose en plaques.	000000222200022	0011100000
40 . .	R. F.	Tabès (?)	000000110010000	0000000001

N°	Noms	Diagnostic	Benjoin colloïdal	Réaction de Lange
41 ..	B. C.	P. G. P.	222222222200000	5555532100
42 ..	J. P.	Sclérose en plaques.	011000220002200	5443310000
43 ..	Ll.	Rhumatisme vertébral.	000000222100000	0012210000
44 ..	M. A.	Tabès.	022202222100000	4433321000
45 ..	M. O.	Parkinson - post - encéphalitique.	000000210000000	0000000000
46 ..	M.	P. G. P.	012220022220000	5555431000
47 ..	V.	P. G. P.	222222222210000	5555432100
48 ..	V. Z.	Tabès.	002112210000000	4333321000
49 ..	B. U.	Hémiplégie par artériosclérose cérébrale.	000000020000000	0001100000
50 ..	G.	Syphilis ancienne.	000002220000000	0000011110
51 ..	L.	P. G. P. traitée.	002221221000000	4555321000
52 ..	I. C.	Tumeur cérébrale	000000022200000	0000001000
53 ..	M. C.	Syphilis ancienne traitée.	000000022200000	0000001100
54 ..	D.	Syphilis ancienne.	000000222000000	0011000000
55 ..	J. O.	Tabès, diabète.	000112210000000	1123310000
56 ..	C.	Tabès traité.	113331000000000	1122210000
57 ..	G.	Polynévrite rhumatismale.	000000220000000	0001100000
58 ..	R.	Myélite chronique.	000000221000000	0011000000
59 ..	L.	P. G. P. traitée.	000000000000000	2233210000
60 ..	T.	P. G. P. traitée.	222102200000000	5555432000
61 ..	E. C.	Tumeur cérébrale.	000000200000000	0001000000
62 ..	N.	Syphilis ancienne traitée.	000001100000000	0011000000
63 ..	J. M.	Syphilis ancienne.	000002222200000	0001100000
64 ..	J. S.	Syphilis ancienne traitée.	000022210000000	1122110000
65 ..	M. N.	Paraplégie spasmodique.	000000000000000	0000000000
66 ..	F. M.	P. G. P., diabète.	222222221000000	5554310000
67 ..	J. A.	Méningomyélite syphilitique.	000000122100000	0013555540
68 ..	V.	Démence artérioscléreuse sénile.	000000000000000	0000000000
69 ..	F.	Neurosyphilis.	000001122200000	2333211000
70 ..	T.	P. G. P.	222212221000000	5555555331
71 ..	M.	P. G. P.	222102200000000	5555543310
72 ..	I.	P. G. P.	222102220000000	5555543210
73 ..	C. O.	P. G. P. juvénile (18 ans).	222202210000000	5555544321
74 ..	B.	P. G. P.	222210000000000	5555555533
75 ..	D.	P. G. P.	222200000000000	5555555431
76 ..	J. R.	Idiotie.	000002200000000	1233331000
77 ..	J. M.	Sclérose en plaques.	000000000000000	0011100000
78 ..	P. P.	Oligophrénie.	000000000000000	0000000000

N°	Noms	Diagnostic	Benjoin colloïdal	Réaction de Lange
79..	E. B.	Tumeur cérébrale.	000000000000000	0000000000
80..	J. S.	Compression médullaire.	000000000000000	0000000000
81..	A.	P. G. P.	222100000000000	5555544221
82..	D.	Syphilis latente.	000000000000000	0001100000
83..	P. C.	Taboparalysie.	222200000000000	5555211110
84..	T.	Artériosclérose cérébrale.	000000000000000	0011100000
85..	A. M.	Ulcus pylorique.	000000000000000	0000000000
86..	F. V.	Syphilis ancienne.	000000000000000	0011110000
87..	V.	Artériosclérose cérébrale.	000000000000000	0000000000
88..	M.	P. G. P. traitée.	000001220000000	2222331000
89..	J. P.	Myélite avec réaction pachyméningitique.	000002222200000	1224553333
90..	P.	Taboparalysie.	000112220000000	3443321000
91..	J.	Artérite rétinienne avec papillite syphilitique.	000000000000000	0001100000
92..	I.	P. G. P.	222202210000000	5555332111
93..	V.	P. G. P.	000002210000000	2223310000
94..	A. T.	Démence précoce.	000000000000000	0000000000
95..	B. F.	Claudication intermittente, d'origine sympathique.	000000021000000	0000011000
96..	G.	Méningite basillaire syphilitique.	000222000000000	1122332200
97..	J. F.	Parkinson post-encéphalitique.	000000000000000	0000000000
98..	M.	P. G. P.	222102210000000	5555544100
99..	P.	P. G. P.	222202210000000	5555554310
100.	P. G.	P. G. P. juvénile (24 ans).	222222210000000	5555554311
101.	M. C.	Sclérose en plaques.	000000000000000	0000000000
102.	E. B.	Tumeur cérébrale.	000000000000000	0000000000
103.	P.	Epilepsie essentielle.	000000000000000	0000000000
104.	A. B.	Hansen.	000000000000000	0000000000
105.	P. F.	Sclérose en plaques.	000002220000000	1111233210
106.	B.	Démence précoce.	000022100000000	0000000000
107.	I. C.	Tumeur cérébrale.	000002000000000	0000000000
108.	V. E.	Sclérose en plaques.	111222100000000	1112332100
109.	E. B.	Tumeur cérébrale.	000002220000000	0001100000
110.	V. F.	Tumeur cérébrale.	110022100000000	2233111000
111.	M. N.	Polyomyélite aiguë.	000002222200000	1111221000
112.	A. P.	P. G. P.	222222221000000	5555555531
113.	G.	P. G. P.	222222220000000	5555555442

N°	Noms	Diagnostic	Benjoin colloïdal	Réaction de Lange
114.	E.	P. G. P.	222222200000000	5555555411
115.	J. B.	Sclérose en plaques.	001022200000000	2223433122
116.	J. N.	Parkinson.	000022210000000	1112110000
117.	L. N.	Démence sénile.	000022100000000	0000000000
118.	A. M.	Pachyméningite syphilitique (xanthochromie).	222220000022200	2232111131
119.	A. C.	Tabès incipiens.	000022200000000	1111100000
120.	R.	Syphilis ancienne.	000002210000000	0000000000
121.	Q.	Polyomyélite aiguë.	002222221000000	2355444333
122.	C. S.	Atrophie simple de la 2e paire cranienne.	000002200000000	1111100000
123.	M. C.	Tumeur cérébrale.	000000000000000	0000000000
124.	N. N.	Démence précoce.	000002200000000	0000000000
125.	C. D.	Syphilis ancienne traitée.	000002200000000	0011100000
126.	J. V.	Spondylite tuberculeuse (?).	000002200000000	0111210000
127.	P. M.	Tuberculose (?).	000000000000000	0000000000
128.	C. C.	Tumeur cérébrale.	222222222210000	5444455432
129.	C. C.	Tumeur cérébrale.	222222112210000	4444553321
130.	S. R.	Epilepsie.	000002200000009	0000000000
131.	P. B.	Sclérose en plaques.	000002210000000	1111100000
132.	M. R.	Encéphalite.	000001000000000	1112120000
133.	C. B.	Syphilis latente.	000002100000000	0000021000
134.	A. T.	Encéphalite.	112001100000000	1121000000
135.	F. P.	Encéphalite.	000002220000000	1111122000
136.	A. S.	Myélite transverse.	000002222000000	1111000000
137.	S.	Schizophrénie.	000002210000000	1111110000
138.	B.	P. G. P.	122222022200000	5555555554
139.	C.	P. G. P.	000000222000000	1112111000
140.	C.	Tabès traité.	000002220000000	0111100000
141.	S. D.	Tabès.	000002222000000	2234442210
142.	N. N.	Syphilis ancienne.	000002200000008	0000000000
143.	J. F.	Epilepsie traumatique.	000000121000000	0000000000
144.	M. C.	Démence précoce.	000000200000000	0000000000
145.	J. C.	Hémiplégie par artériosclérose.	000001210000000	0011000000
146.	O.	Neuro-syphilis.	000001210000000	0000000000
147.	M. R.	Démence épileptique.	000002220000000	0001000000
148.	M. M.	Neurosyphilis.	000002200000000	0000000000
149.	M. P.	Encéphalopathie.	000000000000000	0000000000
150.	S.	Artériosclérose cérébrale.	000000000000000	0023200000

Méningo-encéphalite syphilitique fébrile. Cas cliniques

Par MM. F. Solervicens et Tolosa Colomer

Le comportement de la température dans les méningites syphilitiques a été l'objet de diverses études. Oppenheim, entre autres, s'en est occupé avec intérêt, car on comprend la valeur que pourrait avoir, au point de vue du diagnostic, la confirmation que, contrairement à ce qui se passe dans la méningite tuberculeuse de la base, il ne se présente jamais de fièvre dans la méningite basilaire syphilitique. Cet auteur arrive à conclure que de petites oscillations de caractère atypique ne sont nullement rares dans la méningite syphilitique. Au contraire, la présence de fièvre élevée proviendrait presque toujours d'une complication. Nonne, Quincke et Strassmann ont publié des cas très démonstratifs de ce type. Le deuxième cas de ce dernier auteur dans lequel la température se maintint entre 37° 5 et 38° 8 durant les trois derniers mois de la maladie mérite une mention spéciale. On trouva à l'autopsie une endoartérite d'Heubner, une méningomyélite et une méningo-encéphalite ; on put teindre le spirochète et on put aussi rejeter la présence d'un autre processus qui eût compliqué la maladie.

La fièvre est un symptôme important de la méningite syphilitique aiguë qui est certainement plus commune que ne le supposait Oppenheim. Les auteurs français, Widal et Saurel, Brissaut-Brecy, Sabrazès etc... ont insisté sur le fait. Et, bien qu'il soit complètement hors de doute que dans la syphilis du système nerveux central on puisse observer des températures élevées, et cela sans qu'un autre processus auquel nous puissions attribuer le rôle étiologique de l'hyperthermie vienne compliquer le tableau clinique, le peu de fréquence relativement de ces faits paraît justifier, à notre avis, toute contribution casuistique, même si elle est modeste comme la nôtre.

Dans notre premier cas, il s'agit d'un laboureur de 51 ans, sans antécédents familiaux importants, qui, à 20 ans, souffrit d'un chancre syphilitique. Il jouit toujours d'une bonne santé, mais en juin 1925, pendant la moisson, il fut brusquement atteint d'une amaurose qui se prolongea durant trois minutes environ, après lesquelles il put continuer son travail. Elle se reproduisit deux autres fois. En juin 1926, céphalalgies intenses et asthénie accompagnées d'amaurose passagère. Peu de temps après se présentèrent des accès de fièvre précédés de frissons qui se répétèrent plusieurs fois en coexistence avec les céphalalgies. En octobre, aux troubles précédents, vinrent s'ajouter des douleurs lombaires, de l'incontinence d'urine ; peu de temps après commencèrent à se présenter les premières manifestations de décadence intellectuelle. La céphalalgie qui progressait obligea le malade à abandonner le travail en novembre. A cette époque son acuité visuelle diminua rapidement et quand, en décembre 1926, il fut admis à la Clinique, il était déjà dans un état de cécité complète. Alors, l'examen ophtalmoscopique montra une atrophie papillaire bilatérale plus marquée à l'œil droit. Aréflexie pupillaire.

A la ponction lombaire, on retira un liquide céphalo-rachidien avec 0,60 d'albumine 0/0, Nonne positif, 85 lymphocytes par mm^3 et Wassermann négatif (avec 0,2 cc. de liquide). Avec le benjoin colloïdal ont obtint une précipitation incomplète dans le premier tube et complète dans les 4 suivants.

Wassermann du sang négatif. Une exploration minutieuse des divers appareils ne facilita la découverte d'aucune autre affection ou lésion, qui aurait pû être la cause *des petites élévations thermiques* que présentait le malade durant son séjour à la clinique et dont l'apparition était complètement irrégulière et capricieuse ; quelquefois les accès fébriles étaient séparés par des périodes d'apyrexie de 7 ou 8 jours ; d'autres se présentaient quotidiennement. La température ne s'élevait jamais au-dessus de 38,2.

Un traitement antisyphilitique intense ne put empêcher le progrès de la décadence intellectuelle et le développement d'une démence progressive, sans idées délirantes surajoutées. Le malade mourut en juin 1927, déjà dément et gâteux et avec escarres de décubitus.

L'examen anatomo-pathologique confirma l'existence d'une méningo-encéphalite et méningo-myélite syphilitiques. Les lésions prédominaient au niveau de la base, spécialement dans la région chiasmatique ; les nerfs optiques étaient atrophiés et enchassés dans un tissu de granulation syphilitique ; la paroi inférieure du troisième ventricule se déchira au niveau de l'infundibulum en donnant lieu à la sortie d'un liquide contenu à forte pression au niveau de la cavité ventriculaire dilatée. L'infiltration basilaire englobait aussi les tubercules mamillaires. L'épaississement de la méninge se poursuivait jusqu'au bulbe et à la *médule* spinale. Dans

la convexité, il n'existait rien macroscopiquement d'anormal, mais le microscope permit de constater l'existence d'une légère infiltration lymphocytaire de la méninge avec des plasmazellen surajoutées principalement marquée dans le fond des sillons. On constata aussi des lésions de l'écorce de caractère évidemment secondaire. Les microphotographies reproduites dans les fig. n°s 1 et 2 montrent quelques-unes des lésions microscopiques constatées.

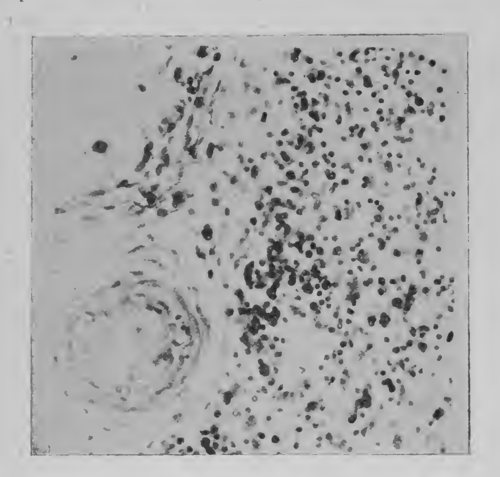


Fig. 1. — Méningite basilaire syphilitique.
Infiltrés lymphocitaires avec nombreuses plasmazellen.

Malgré le résultat négatif du Wassermann pour le sang et le liquide céphalo-rachidien de ce malade, le diagnostic de méningite syphilitique nous semble évident non seulement à cause du benjoin colloïdal et du Nonne positifs, mais surtout à cause de l'ensemble du tableau clinique et anatomo-pathologique. Nous devons en outre faire remarquer que, en en raison de causes indépendantes de notre volonté, on ne fit pas l'évaluation du Wassermann du l. c. r. et qu'on employa seulement 0,2 cm³ de liquide pour son exécution, et on sait bien que dans ces conditions le résultat est souvent négatif, même avec du liquide de malades paralytiques généraux.

Dans notre deuxième cas, il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans, serrurier, et dont les antécédents héréditaires et individuels n'offraient aucun détail intéressant, si ce n'est celui d'un frère mort de méningite à 17 ans. Il n'avoua aucune maladie vénérienne. Il commença à souffrir en septembre 1926 de fièvre et douleurs à l'extrémité inférieure droite qui l'obligèrent à garder le lit. La température ne s'éleva pas au-dessus de 38°. Elle disparut au bout de trois semaines et le malade put reprendre son travail, mais il

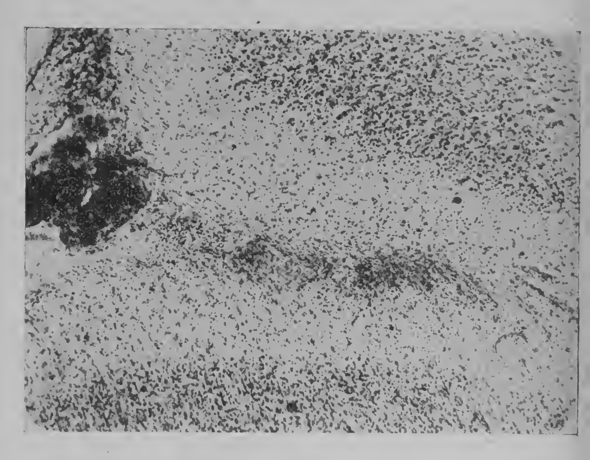


FIG. 2. — Infiltration méningée discrète de la convexité. Cul-de-sae pie-morienne parmi deux circonvolutions voisines. (Microphotographies du Dr Amell).

retomba de nouveau au bout de quinze jours avec fièvre, malaise général et céphalalgies progressivement intenses. La maladie suivit un cours remittent jusqu'au jour, où, 7 mois après son commencement et durant une des poussées fébriles, le malade présenta une attaque avec perte de connaissance suivie de troubles mentaux passagers durant lesquels il se montra fortement excité et enclin à attaquer les personnes de son entourage. Trois mois plus tard se présenta une nouvelle poussée de fièvre accompagnée d'intenses céphalalgies frontales, vomissements, constipation, photophobie et diplopie, à la suite de quoi il fut admis à la Clinique B de la Faculté de Médecine de Barcelone. Il présentait une stupeur accentuée et un syndrome méningé évident avec Kernig et rigidité de la

nuque marqués ; parésie du droit externe gauche, stase papillaire intense bilatérale. La ponction lombaire permit d'apprécier l'existence d'une hypertension intracranienne modérée : 57 cm. d'eau avec le manomètre de Claude, le malade étant couché, et d'extraire 10 cc. d'un liquide céphalo-rachidien quelque peu trouble, après quoi la pression descendit à 36. Son analyse démontra l'existence de pléocytose (120 cellules par mm^3, pour la plupart lymphocytes), hyperalbuminose : 1 gr. 90 0/0. Nonne fortement positif, Wassermann positif avec 0 cm^3 4 de liquide et benjoin colloïdal avec précipitation totale dans les 5 premiers tubes. Le reste de l'exploration fut complètement négative. Aucune autre manifestation qui puisse expliquer la fièvre. Durant les 20 jours de son séjour à la Clinique, les températures oscillèrent entre 38,2 et 39,4. Le pouls arriva à marquer parfois jusqu'à 130 par minutes. On entreprit un traitement antisyphilitique à base de frictions mercurielles et iodure ; trois mois plus tard, le malade se trouvait apyrétique et relativement guéri de ses troubles. En avril 1928, il revint à la Clinique ; l'exploration neurologique permit de constater l'existence de manifestations déterminées, comme : vertiges, Kernig légèrement positif, incontinence d'urine passagère et abolition des réflexes achilléens, qui peuvent être considérés comme des symptômes résiduels du tableau clinique antérieur. La stase papillaire et la parésie du droit externe avaient disparu, et l'on trouvait maintenant l'atrophie des deux papilles, la diminution de l'acuité visuelle, nystagmus et anisocorie. Ponction lombaire. L. c. r. transparent. Albumine, 1 gr. 10 0/0, 16 lymphocytes par mm^3, Nonne positif, benjoin colloïdal avec précipitation incomplète au niveau des 5 premiers tubes et Wassermann positif avec 0 cm^3 8 de liquide. Complètement apyrétique. A la sortie de la Clinique, les phénomènes vertigineux avaient considérablement diminué, ce qui lui permit de reprendre le travail.

Actuellement, il se porte bien.

Dans ce cas de méningite syphilitique fébrile avec participation marquée de la base et dans laquelle les méninges médullaires ne furent pas non plus complètement respectées, il faut tenir en compte la possibilité d'une origine hérédo-syphilitique, car il s'agit d'un jeune homme qui nia énergiquement toutes sortes de relations sexuelles. Malheureusement, l'investigation sérologique de la famille ne put être faite, et c'est pourquoi cette question reste quelque peu indécise. Cependant l'existence de méningites hérédo-syphilitiques fébriles se trouve mentionnée de temps en temps dans la littérature française. Rappelez-vous les cas de

Casoutte, Hutinel et Roudinesco et Odier qui, pour la plupart se rapportent à des enfants en bas-âge.

Nous devons aussi signaler la grande efficacité du traitement spécifique chez notre malade, ce qui se produit presque toujours dans ces circonstances.

Nous venons donc de décrire deux cas de syphilis méningée, l'un de cours chronique et l'autre de cours remittent et entrecoupée de phases aiguës plus ou moins longues, dans lesquelles le symptôme fièvre dépendait en toute vraisemblance des lésions syphilitiques du système nerveux central. Dans la littérature neurologique de ces derniers temps, principalement la française, les observations de méningites syphilitiques fébriles, spécialement celles de cours aigu, ne font pas défaut. Nous citerons seulement les cas de Pissavy, Lechelle, Weill et Delthil, Saint-Pastous, Oscar Clark, Polleri, Bernardino Masci, Paillard et Desmoulières, et celui classique de Widal, Lemierre et Boidin. Nous devons y ajouter les cas déjà cités précédemment et provenant de la syphilis héréditaire.

Quelle est l'explication physiopathologique de la fièvre observée chez nos patients ? Nous n'allons pas analyser en détail cette question, qui dépasserait les limites de notre communication, mais nous indiquerons cependant que, bien que la simple infection syphilitique, sans aucune localisation nerveuse, puisse donner lieu à des élévations thermiques et que l'existence d'une fièvre syphilitique, dans laquelle n'interviennent en rien les infections secondaires, paraît être hors de doute, dans la pathogénie de la fièvre de nos malades, les lésions du tuber cinereum et des tubercules mamillaires dépendants de la méningite basilaire ont joué, peut-être bien, un certain rôle.

Les fonctions thermo-régulatrices du diencéphale furent d'abord décrites par Isenschmid et Krehl, bien que Ott en avait déjà donné plus ou moins la preuve. Isenschmid et Schnitz démontrèrent, par une série d'expériences ultérieures, qu'il suffisait de produire une petite blessure de la région du tuber cinereum pour supprimer la thermo-régulation de l'animal. Egalement, Roussy et Cornil, Guyon, Bechterew, Dejerine, et récemment Lafora, se sont occupés des centres thermo-régulateurs encéphaliques.

Etant donné que la majorité des auteurs cités acceptent l'existence des dits centres diencéphaliques, l'hypothèse pathogénique mentionnée nous semble offrir une certaine vraisemblance.

Crises gastriques tabétiques accompagnées de paroxysmes d'hypertension artérielle

Par MM. J.-J. Solervicens et Panella

Pal appela l'attention, en 1906, sur les relations existant entre les crises douloureuses tabétiques et l'hypertension artérielle paroxystique. Dans une publication récente (1), il a insisté sur la fréquence avec laquelle l'hypertension artérielle peut être observée au cours des crises gastriques, surtout de celles qui s'accompagnent de spasme intestinal. D'autre part, Marinesco (2), trouve, au cours des crises gastriques, un état d'hypervagotonie, qu'il démontre être dû à un état d'alcalose transitoire. Si nous tenons compte des observations de Kylin (3), qui, dans les états d'hypertension artérielle essentielle, trouve presque toujours une forte instabilité de la pression artérielle, jointe à un état d'hypervagotonie (marqué par une baisse de la tension artérielle après une injection d'adrénaline), nous pourons comprendre que l'hypertension artérielle paroxystique et les crises gastro-intestinales des tabétiques puissent se rattacher à un état commun d'hypervagotonie déchaîné par la transitoire alcalose du milieu humoral ; cette alcalose produirait ses effets sur les éléments parasympathiques qui suivent les racines postérieures de D_5 à D_{10}. L'instabilité tensionnelle des tabétiques, bien démontrée par Dumas (4), et le dérèglement des réflexes cardio-vasculaires chez ces malades, attribués par cet auteur et par Bascourret (5) à l'altération de l'innervation sympathique des vaisseaux, favoriseraient l'apparition de ces crises hypervagotoniques.

Dans le cas que nous allons décrire, on peut observer la grande connexion existant entre les crises gastriques et les paroxysmes d'hypertension, avec hypervagotonie.

---

(1) *Medizinische Klinik.*
(2) *Presse Médicale,* 10, 28.
(3) *Die Krankheit Hypertension.*
(4) *Journal de Médecine de Lyon,* 1928.
(5) *Thèse et Presse Médicale,* 1928, n° 66.

M. F. P., 28 ans, laboureur, 2 litres de vin par jour ; chancre syphilitique, il y a 4 ans. Deux années après le chancre, en août 1926, présente un état nauséeux au lever. Cinq mois plus tard (janvier 1927), à la sensation nauséeuse à jeun s'ajoutent des vomissements bilieux, qui persistent pendant quatre jours, avec brûlures épigastriques et rétro-stomacales, forte constipation, intolérance pour tous les aliments. Après cette crise, le malade reste soulagé des sensations nauséeuses qu'il avait à jeun, mais il accuse encore un malaise épigastrique très persistant. Après un traitement de repos physique et alimentaire pendant trois mois, le sujet retourne au travail ; mais survient une autre crise de vomissements, avec intolérance gastrique totale pendant quatre jours, sans douleur épigastrique, seulement avec un malaise sourd dans cette région. Après cette deuxième crise, d'autres se répètent chaque quinze jours.

C'est dans cet état que le malade entra à la Clinique B., en juillet 1929 ; il n'accuse, en dehors des crises, qu'un état nauséeux, avec poids continuel sur l'épigastre, que ne soulagent pas les alcalins et l'ingestion d'aliments. Chaque quinze ou vingt jours, survient une crise de vomissements, précédée d'une augmentation de l'état nauséeux habituel. La crise fait son apparition aux premières heures du matin ; le sujet commence par rejeter les aliments ingérés la nuit antérieure, puis des liquides aqueux et bilieux en grande quantité. Bientôt, il montre les signes d'une grande déshydratation, les traits s'étirent et il reste sans forces. Dans ces conditions, l'on note un fort clapotage gastrique, jusqu'au-dessous de la crête iliaque, et l'examen radiologique montre un estomac distendu, avec grosse chambre d'air, qui se remplit comme un réservoir rigide ; sur le malade debout, l'estomac arrive jusqu'au pubis. En dehors des crises, l'estomac, qui est un peu élargi, présente une tonicité normale. La constipation intense, avec spasme du transvers gauche et du descendant, coïncide toujours avec les vomissements, et ce, sans rémission, pendant tout le cours des crises.

L'exploration montre l'existence d'un syndrome tabétique, avec douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, absence des réflexes achilléens et rotuliens, symptôme d'Argyll-Robertson, insensibilité épigastrique à la pression, aussi bien dans les crises qu'en dehors d'elles. Quelques altérations dans la perception de la position et des mouvements des mem-

bres inférieurs, sans altérations nettes de la marche. Quelque difficulté de la miction, qui s'accentue pendant les crises jusqu'à exiger l'usage de la sonde urétrale.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre : absence de cellules, réaction des globulines positive, abumine 0,35 0/00, Wassermann très positif.

En dehors des crises, ce malade présente une grosse instabilité tensionnelle ; d'un jour à l'autre, l'on peut observer chez le malade à jeun, avant le lever, des oscillations de pression, avec des différences de 5 cm. et plus de Hg, aussi bien pour la maxima que pour la minima (fig. 1). En outre, l'on peut observer de grosses oscillations tensionnelles avec les changements de position (fig. 2).

L'épreuve de l'adrénaline, en injection intraveineuse à 1/100.000, pratiquée par M. Taverna, donne une baisse très manifeste de la pression artérielle (fig. 3). Le métabolisme basal, calculé par M. Taverna, donna un chiffre de 29 0/0 inférieur à la normale.

Les crises digestives étaient précédées toujours d'une forte élévation de la pression artérielle, laquelle montait de 5 cm. et plus de Hg au-dessus des pressions moyennes interparoxystiques ; ces hautes pressions se soutenaient jusqu'à la rémission franche des crises ; la pression était alors toujours au-dessous de 10 c. d'Hg.

Dans le but d'améliorer les paroxysmes digestifs et vasculaires, nous avons employé le sulfate de magnésie à 25 0/0, par voie intrarachidienne, d'abord (méthode de Marinesco), puis par voie intramusculaire. Dans la fig. 4, on peut observer l'effet de cette médication : la première injection (de 1 cc.) fit baisser la pression artérielle et améliora légèrement le malade ; la seconde injection (de 2 cc.), pratiquée le lendemain, fut suivie de la disparition de l'état nauséeux et des vomissements ; avec cette amélioration subjective, l'on vit la pression artérielle descendre de 130-90 à 85-5, puis, le jour suivant, à 75-50. Après l'injection, le malade présenta quelques douleurs radiculaires lombo-abdominales et des membres inférieurs, qui disparurent après quelques heures.

Ajoutons encore que le nombre de pulsations, qui était de 120 pendant les crises, baissa jusqu'au chiffre moyen de 80, quelques heures après l'injection magnésienne.

Après cet orage, le malade resta au calme pendant six jours, pendant lesquels il accusa seulement l'ancien malaise épigas-

trique. Après ce temps (26-X-28), nouvelle crise de vomissements : le malade rejette des liquides avec quelques petits grumeaux de sang et d'une acidité moyenne de 60 cc. de soude décinormale pour 100 cc. de suc gastrique et une chlrorhydrie de 95 cc. de soude pour 100 cc. de suc. En trois heures, il rejette par vomissement 450 cc. de liquide gastrique acide. La ponction lombaire laisse écouler un liquide céphalo-rachidien avec peu de pression, sans que la pression artérielle change après une évacuation de quelque 6 cc. L'injection de 2 cc. de la solution magnésienne modifie peu, d'abord, la pression artérielle, qui, le jour suivant, baisse, ou mieux vraiment, s'effondre.

Le jour suivant, 28-X, nouvelle crise, aux premières heures du matin, avec ascension de la pression artérielle ; cette crise est aussi traitée par l'injection intra-rachidienne de magnésie (2,5 cc. de la solution). La pression artérielle ne se modifie pas au bout de deux heures ; mais, le soir, coïncidant avec une grosse amélioration du malade, la pression tombe, et cette chute s'accentue la journée suivante. Une nouvelle menace de crise le 30, avec vomissements et hypertension, est traitée à nouveau par l'injection de 2 cc. de la solution magnésienne, laquelle est suivie d'une nouvelle baisse tensionnelle, qui, cette fois, dura pendant 6 jours.

Le malade se trouvant fatigué par la répétition des ponctions lombaires, nous avons utilisé la voie intramusculaire comme dans certains cas de chorée rebelle, en injectant chaque deux jours 5 cc. de la solution. Avec ce traitement, le malade n'a plus eu de crises pendant trois semaines, après lesquelles il a quitté le service.

Cette observation montre une fois de plus le déséquilibre tensionnel des tabétiques, à une phase dans laquelle l'ataxie n'est pas encore manifeste. Ce déséquilibre consiste en des réactions hypertensives et hypotensives, dont les premières coïncident avec le développement d'un syndrome d'hypervagotonie, avec vomissements, spasmes gastriques et intestinaux.

Les médicaments utilisés pour combattre ces paroxysmes ont tous échoué, à l'exception de l'injection de sulfate de magnésie.

L'anesthésie des rami communicantes, pratiquée deux fois, suivant la technique recommandée par Savy et Thiers (1),

---

(1) *Journal de Médecine de Lyon*, 1928, n° 206.

produisit seulement un léger abaissement de la pression artérielle, qui, ensuite, remonta en quelques heures, sans modifier les vomissements.

L'inhalation de nitrite d'amyle (fig. 6), produisit une forte descente de la pression artérielle, avec nouvelle ascension 10 minutes après l'inhalation, sans produire aucune amélioration.

Les injections de sulfate de magnésie nous permirent seules de dominer la crise d'une façon durable ; même, les injections intra-musculaires suffirent à obtenir un état de calme pendant un long espace de temps.

Sans prétendre que les crises gastriques doivent se rattacher aux paroxysmes hypertensifs, il est très rationnel de penser que le dérèglement vaso-moteur a une grande importance dans l'apparition des crises gastriques tabétiques, douloureuses ou non. Chez chaque malade, on doit faire une étude attentive des réactions vasculaires, aussi bien pour ce qui est des variations.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux). — J'ai mesuré la pression artérielle chez un grand nombre de tabétiques. Je les ai trouvés, en général, hypotendus. Lorsque ces malades font des oscillations tensionnelles, ils les font presque toujours en hypotension. Les crises gastriques coïncident, en général, avec une hypotension, beaucoup d'auteurs l'ont déjà dit. L'adrénaline améliore fréquemment la situation. Au reste, que l'adrénaline provoque une baisse de la pression artérielle, il n'y a rien là de paradoxal. Dans un travail sur « les effets de l'adrénaline intraveineuse au cours des affections du système nerveux », j'ai montré que l'adrénaline provoquait toujours une baisse de la tension artérielle, baisse parfois grave, impressionnante et dangereuse éventuellement, à ce point que j'ai cessé mes recherches.

Un cas de tabès sans réactions humorales

Par M. Armengol de Llano

Les trois grandes formes clinique et anatomiques de la sénilisation cérébrale

Par M. le Dr Anglade (de Bordeaux)

La comparaison des faits nombreux que j'ai pu observer, et en ne tenant compte que de ceux qui ont subi le contrôle d'un examen anatomo-pathologique complet, m'a conduit à classer les séniles en trois catégories.

Dans la première, se rangent aisément les cas de psychose d'involution : manie et mélancolie séniles, avec déficit plus ou moins profond, mais réel, de la capacité intellectuelle, les délires de persécution et de revendication processive, très tardifs, qui tournent dans un centre d'idées restreint. La surexcitation psychique s'y associe à un besoin de mouvement qui contraste avec la débilité et l'insuffisance motrice sous-jacente. Le cerveau de ces sujets ne présente aucune lésion en foyer, mais, sur la table d'autopsie, on y remarque l'atrophie et l'augmentation de la consistance des circonvolutions centrales, notamment dans les territoires que j'ai appelés intellectuels c'est-à-dire les pôles frontaux et les zones temporo-occipitales. Les études histologiques de ces régions, après coloration appropriée, font apparaître la dégénérescence pigmentaire et la raréfaction des cellules pyramidales, une activité concomitante de la prolifération névroglique ; c'est, en somme, d'une sclérose névroglique diffuse qu'il s'agit, avec altération des cellules nerveuses.

Une deuxième catégorie me semble devoir judicieusement réunir tout ce qui se rapporte aux désintégrations cérébrales lacunaires, avec ou sans hémorragies miliaires. La maladie pseudo-bulbaire, avec ses manifestations si diverses, occupe, dans cette catégorie, une place prépondérante. Les troubles mentaux s'y caractérisent par du puérilisme, du rire et du pleurer, des idées de persécution, des troubles du caractère. La deuxième n'y est cependant pas ordinairement très profonde. Par contre, les troubles moteurs et sensitifs sont accen-

tués : dysarthrie, tremblements, rigidité musculaire, parésies, paresthésies, etc. Je n'insiste pas sur les faits de cet ordre, bien connu des neuro-psychiatres, ce qui ne veut point dire que leur étude soit achevée. Elle mérite, au contraire, d'être poursuivie avec obstination, car nous ignorons encore la genèse exacte des formations lacunaires, et surtout la raison pour laquelle on les trouve si rarement associées aux hémorragies miliaires.

Mais j'ai voulu dans cette communication surtout marquer la place que doit occuper dans la sénilisation cérébrale un syndrome vraiment bien spécial. Ce syndrome, je n'ai pas la prétention d'en révéler l'existence. Bien d'autres l'ont étudié comme moi, mais je dis qu'il doit être le pivot d'une troisième catégorie de faits, dans ce que nous appelons le « cerveau sénile ». Il n'y a pas, à mon sens, de syndrome qui repose sur des bases plus solides que celles-ci.

Du point de vue clinique, c'est d'abord une brusquerie habituelle, non constante, dans l'apparition de symptômes. Les sujets, ordinairement âgés, mais parfois aux environs de la quarantaine, subissent une sorte d'ictus aploplectiforme, d'où ils sortent avec une perturbation profonde du langage. Ils parlent, ils parlent même beaucoup, mais un langage étrange, dans lequel les mots sont déformés. Il y a de la surdité verbale, de la paraphasie, de la jargonophasie, de l'aphasie amnésique, simple aphasie de Wernicke, dira-t-on. Non, les sujets sont atteints d'une véritable aphasie intellectuelle ; ils ne se rendent pas compte de leur état, se montrent bavards, bruyants, calins, coléreux. Bien peu échappent à l'asile. Ce qui frappe chez eux, c'est l'intégrité de leurs mouvements. Assez souvent, toutefois, ils présentent des attaques d'épilepsie.

Que se passe-t-il dans le cerveau de ces malades ? On y reconnaît d'abord une extraordinaire richesse de névroglie, répandue dans toute la corticalité. Quiconque éprouve des difficultés à colorer et à voir de la névroglie cérébrale, cérébelleuse et médullaire aussi d'ailleurs, n'a qu'à s'adresser à de tels cas. Pour si peu qu'il soit versé dans la pratique de l'histologie pathologique nerveuse, il verra de la névroglie éclatante.

Il verra, en outre, s'il se donne la peine de colorer les coupes, traitées d'abord par le bleu vectorin, à l'aide d'un colorant de fond tel que le rouge trypan picrique, des masses d'un rouge écarlate, disséminées dans la corticalité grise, à ce point

prédominantes, dans le tiers postérieur de la 1re circonvolution temporo-occipitale, que j'ai cru longtemps à leur localisation exclusive dans cette région. En réalité, on peut les rencontrer aussi, mais plus rares et plus discrètes, dans le pôle frontal.

Cette invasion de la corticalité temporo-occipitale gauche par des amas de substance nerveuse dégénérée est tout à fait curieuse à observer. Elle se produit brusquement, la clinique le donne à penser. Quel en est le mécanisme, quelle est l'origine de ces sortes de corps étrangers, dont la présence coïncide avec la surexcitation et la perturbation de l'intelligence, avec la déformation considérable du langage ? Nous sommes dans la question controversée de la plaque sénile, question qu'il faut, selon moi, reprendre sur d'autres bases. La plaque que j'ai moi-même appelée les nids, et la formation nidulaire, ce que d'autres ont appelé la sclérose miliaire, ne sont que des étapes d'un processus qui commence par une fine poussière répandue dans les interstices de la substance grise. Cette poussière me semble provenir de la dégénérescence mucoïde des cellules névrogliques, mais elle offre aussi la plupart des caractères de la substance amyloïde. Les graisses se réunissent en amas, autour desquels s'organise une couronne névroglique, qui paraît avoir pour but de les résorber. Mais je réserve les détails de ce curieux processus pour une publication prochaine, où des figures en couleurs le rendront, je l'espère, plus facile à suivre.

A propos des recherches sur les troubles moteur extrapyramidaux provoqués par la bulbocapnine

Par le Prof. A. Donaggio (de Modène)

L'auteur rappelle avoir démontré en 1922 que la doctrine qui localise le syndrome extrapyramidal dans les ganglions de la base ne correspond pas d'une façon exacte aux faits d'observation. Il a formulé une doctrine cortico-nigrique en rapport avec les études qui lui ont démontré, dans des formes de rigidité extrapyramidale (parkinsonisme encéphalitique), l'existence de lésions dans l'écorce frontale et dans le locus niger et l'absence de lésions dans les ganglions de la base. Il a apporté à ce sujet des contributions ultérieures aux Congrès de Bruxelles (1924), de Paris (1925), de Genève (1926). L'auteur rappelle aussi les confirmations que ces résultats ont reçus. De même, il a affirmé l'origine corticale du syndrome catatonique au Congrès de Genève (1926) et à l'occasion de la discussion sur le Rapport de M. Divry au Congrès d'Anvers (*Revue neurologique*, octobre 1928).

A. Donaggio a étudié, au point de vue anatomique, le syndrome catatonique expérimental qu'on obtient avec la bulbocapnine selon les recherches de De Jong et de Baruk : ces auteurs trouvent au point de vue expérimental et clinique des signes d'atteinte corticale importante à la base de ce syndrome. Tout en considérant qu'une comparaison entre la pathologie humaine et les phénomènes obtenus expérimentalement chez les animaux présente des difficultés, Donaggio a étudié ce syndrome expérimental pour essayer de déterminer la localisation des lésions provoquées par la bulbocapnine dans les centres nerveux. Il a appliqué ses méthodes à ces effets. De ses recherches précédentes sur le réseau neurofibrillaire qu'il a décrit dans la cellule nerveuse, il résulte que cette formation est très résistante, chez les mammifères

adultes, aux causes qui agissent isolément (*loi de la résistance*). C'est pour cela qu'en se basant sur la seconde loi qu'il a formulée (*loi de la vulnérabilité du réseau neurofibillaire chez les mammifères adultes vis-à-vis d'actions particulières combinées de causes expérimentalement déterminées*), et sur l'action révélatrice de la réfrigération (qui, selon ses recherches, provoque des conglutinations neurofibrillaires dans les éléments cellulaires sur lesquels s'exerce avec prévalence l'action des substances toxiques ou d'autres conditions morbides), il a fait ses recherches en ayant la précaution de provoquer *l'intoxication aiguë* (pour éviter des complications secondaires) et de se servir des doses correspondantes aux limites inférieures de la dose moyenne, pour éviter les phénomènes d'hyperkinésie qui se développent en supérant la dose moyenne.

Dans ces conditions particulières (*action combinée de l'intoxication aiguë avec des doses limitées de bulbocapnine et de la réfrigération chez le chat adulte*), on voit dans les centres nerveux, examinés par la méthode de l'auteur, que le réseau fibrillaire de la cellule nerveuse présente des lésions, sous forme de conglutinations dans l'écorce cérébrale, tandis que les phénomènes conglutinatifs ne se présentent pas dans d'autres parties du névraxe. Ainsi, de ces recherches pratiquées avec la méthode IV et avec le procédé de révélations des lésions proposé par l'auteur, il résulte que des troubles moteurs extrapyramidaux déterminés expérimentalement peuvent être en rapport avec des lésions évidentes de l'écorce cérébrale. L'auteur conclut qu'il faut ajouter ces faits aux résultats antérieurs qui donnent confirmation à sa doctrine sur la localisation prédominante de la motilité extrapyramidale dans l'écorce cérébrale.

Hypothèse d'une localisation anatomique de la psychose hallucinatoire chronique

Par MM. Leroy et Médakovitch (de Paris)

Après la méthode psychologique des grands aliénistes du XIX[e] siècle, la psychiatrie tend, de plus en plus, à emprunter les voies de la pathologie générale : anatomie, physiologie expérimentale, biologie. Grâce à ces méthodes, la paralysie générale est devenue une affection neurologique avec son étiologie et ses lésions nettement déterminées. Par contre, la psychose hallucinatoire chronique reste inconnue, au point de vue de ses causes. M. de Clérambault et le Congrès de Blois ont soulevé de nombreux problèmes à ce sujet. Sans revenir sur ces idées originales, nous voudrions montrer comment on peut voir apparaître un délire systématisé typique dans certaines formes de P. G., et surtout après un traitement, la médication ayant joué le rôle favorisant ou déterminant de la psychose.

Tous les aliénistes connaissent la forme paranoïde de la maladie de Bayle. Magnan, montrant un de ces cas, disait : « Le malade que je vais vous présenter est un type remarquable du délire de persécution sytématisé développé en pleine paralysie générale. » Il faut bien admettre que l'opinion clinique du créateur du délire chronique ne peut être suspectée. Ce malade présentait tous les symptômes du délire systématisé : hallucinations auditives et psychomotrices, troubles de la sensibilité générale et de l'olfaction, etc. ; les idées ambitieuses même vinrent s'y juxtaposer. Magnan ajoute : « N'est-il pas intéressant de noter que, l'encéphalite gagnant du terrain, le délire diminue et tend à s'effacer, tandis qu'au contraire, avec un minimum d'affaiblissement psychique, nous avons un maximum de systématisation délirante. » (1). Il est, en effet, digne de remarque que c'est toujours pendant

---

(1) Magnan. — *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*, 1897, p. 233.

les rémissions spontanées de la méningo-encéphalite que se montrent ces manifestations.

Le traitement des P. G. par la malariathérapie a fait connaître que les sujets présentent assez souvent, après les accès, un délire systématisé hallucinatoire également typique : hallucinations auditives élémentaires (chuchottements, murmures, sons de cloches), complexes (voix tantôt énoncées par des personnes connues, tantôt anonymes ou indifférentes au point de vue affectif) ; hallucinations psychiques ou psychomotrices ; téléphone, T. S. F., instrument transportant les bruits ; menaces, injures, obscénités, souvent sous une forme monotone et stéréotypée ; troubles du goût, de l'odorat, de la cénesthésie, etc... Ces cas, d'après notre statistique, s'élèvent à 10 0/0. Lors d'une communication récente à la *Société médico-psychologique de Paris* (1), nous avons montré cinq P. G. impaludés présentant l'aspect clinique de la psychose hallucinatoire chronique. Chez plusieurs, les manifestations délirantes étaient tellement nettes et les symptômes intellectuels et somatiques si atténués, qu'en l'absence d'un examen physique minutieux, il était impossible de différencier ces sujets de délirants chroniques ordinaires. Dans certains cas, l'affection se résoud lentement et progressivement, au cours de l'évolution d'une bonne rémission ; dans d'autres cas, elle se maintient telle. Ce n'est pas une des moindres surprises de la malariathérapie que cette création artificielle de types psychiatriques nettement définis.

D'après Gerstmann, l'apparition d'un état paranoïde hallucinatoire, loin d'être un mauvais pronostic, indique un arrêt de la méningo-encéphalite. Il existe un antagonisme très net entre les symptômes classiques de la P. G. et les images hallucinatoires. Si celles-ci rétrocèdent, la paralysie progresse. On a rencontré la même opposition chez les malades traités par la tuberculine, le nucléinate de soude, et Obregia a signalé de tels cas, dès 1909, chez des P. G. soumis à la médication spécifique. Le fait s'explique facilement : l'éclosion de la psychose hallucinatoire n'est possible qu'avec une activité psychique suffisante pour mettre en jeu l'exercice des facultés intellectuelles. Elle est la signature d'un moindre déficit

---

(1) Leroy et Médakovitch. — Les délires chez les paralytiques généraux traités par la malaria. *Société médico-psychologique*, avril 1929.

mental ; la démence globale ne peut faire les frais d'un délire systématisé.

Cet exposé prouve que chez les paralytiques généraux, au cours de rémissions soit thérapeutiques, soit spontanées, il existe des psychoses hallucinatoires chroniques ne présentant aucune différence avec les autres : mêmes idées délirantes, mêmes interprétations, mêmes troubles psychosensoriels et psychomoteurs. Il y a identité absolue, sinon dans l'évolution (parfois cependant), au moins dans les symptômes. Cette ressemblance permet de penser que ces phénomènes analogues peuvent éventuellement relever d'un même processus. Les recherches récentes démontrent que, dans les psychoses hallucinatoires des P. G., on trouve des lésions anatomiques bien localisées. Il semble probable que les mêmes lésions doivent exister également dans les délires chroniques systématisés.

On a très rarement étudié les cerveaux des P. G. délirants hallucinés ; l'examen histologique a montré, dans ces cas, des lésions plus accusées dans le lobe temporal. Hermann et Herrnheiser ont établi, par l'encéphalographie, que les modifications de l'image radiologique révélaient une atrophie particulièrement développée du lobe temporal, fait non vérifié anatomiquement. Gerstmann a eu l'occasion d'autopsier un P. G. impaludé chez lequel, deux ans avant la mort, est apparue une psychose hallucinatoire chronique (1). Il a constaté une atrophie temporale gauche extrêmement nette, surtout développée dans la circonvolution de Henschl. D'après lui, les rémissions s'accompagneraient d'un déplacement du processus paralytique, qui se localiserait au niveau du lobe temporal. Brutsch-Walter (2), chez un P. G. décédé brusquement au cours du 7ᵉ accès paludéen, n'a trouvé presque aucune infiltration dans les lobes frontal et occipital, tandis qu'il la rencontrait dans la région temporale et dans le striatum. Gerstmann pense qu'un certain rapport peut exister entre les modifications pathologiques du lobe temporal et les formes paranoïdes de la P. G.

Sérieux et Mignot (3) ont publié l'observation d'un malade

---

(1) Gerstmann. — *Die Malariabehandlung der progresseveu Paralyse.* Wien. 1928.

(2) Brutsch Walter. — Contribution au mode d'action de la malaria vaccinale sur le processus histologique de la P. G. *Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, Vol. 110, fasc. V, p. 715, 1927.

(3) Sérieux et Mignot. — Sur un cas de P. G. à forme sensorielle. *Ann. méd.-psych.*, 1902.

qui présentait, au début de l'affection, alors que l'affaiblissement intellectuel était léger, des hallucinations de tous les sens, avec prédominance des hallucinations de l'ouïe et délire systématisé. L'autopsie a décelé, dans le cerveau gauche, une méningo-encéphalite intéressant le centre de l'audition, tiers postérieur de la première temporale et circonvolution supramarginale.

Etant donné, d'une part, que chez les P. G. traités par la malaria présentant, secondairement, des délires hallucinatoires, on a trouvé, à l'autopsie, des lésions anatomiques localisées ; étant donné, d'autre part, que ces manifestations délirantes sont identiques, au point de vue clinique, au délire hallucinatoire systématisé chronique, il est permis de se demander si des recherches orientées dans cette direction n'arriveraient pas à révéler, dans cette dernière psychose, des lésions ou localisations anatomiques analogues.

Le mutisme absolu négativiste et son traitement

(Présentation du malade)

Par M. le Dr Soler Martin
Sous-Directeur de la Clinique psychiatrique S. H. de San Baudilio de Llobregat (Barcelone)

Parmi les symptômes les plus importants et significatifs en pathologie psychique se présentent les troubles du langage, tant au point de vue du sujet comme au mode d'expression. Ici, nous avons à nous occuper du manque de parole, du mutisme, et seulement en une de ses formes.

Les cas de mutisme auxquels nous nous référons n'ont rien de commun avec la surdité ni aucune espèce d'aphasie motrice ou sensorielle, étant exclusivement d'origine psychique.

Le mutisme, symptôme fréquent en psychopathologie, peut avoir différentes origines: l'inhibition aboulique, la stupeur, les hallucinations impératives, les délires d'indignité ou de persécution, le déficit intellectuel et le négativisme ; pourtant, nous le trouvons chez les mélancoliques, les confus, les déments avancés de toute sorte, mais spécialement dans la démence précoce, même dans ses commencements, comme une des nombreuses manifestations de négativisme et d'extravagance de la conduite. Cependant, ce mutisme n'est toujours maintenu d'une façon absolue que quand on n'exige aucune réponse du malade, à moins qu'il ne soit à un certain degré de catatonie ou stupeur, et qu'il reste absolument abstrait à toute influence extérieure ; en général, le patient spontanément muet, quand on l'interroge en insistant, répond d'une manière brève ou par monosyllabes, correctement ou avec incohérence, mais, avec de la patience, il est rare de ne pas recevoir un mot.

En certains cas vraiment extraordinaires, le mutisme apparaît tout d'un coup, d'une manière totale, absolue et permanente, en contraste des autres symptômes, avec lesquels il ne présente aucun parallélisme. Le malade est relativement actif, orienté et suggestionnable, obéit à ce qu'on lui commande, tra-

veille s'il le faut, est attentif, comprend et répond par signes, comme un muet, ou par écrit, mais on ne peut obtenir une seule parole et on constate que, volontaire, il maintient son mutisme avec entêtement.

Ce degré et forme de mutisme, soutenu longtemps, est exceptionnel, car, depuis l'année 1908, sur 17.800 malades, dont 6.700 déments précoces, nous n'avons pu observer que trois cas. Un de ceux-ci est le malade ici présent: Adolphe P.-C., 21 ans, né à Capdella (Lérida), célibataire, agriculteur, entré dans notre établissement le 20 octobre 1928. La mère du malade, qui l'avait conduit, assurait qu'il n'existait pas d'antécédents héréditaires, ce qu'il était impossible de constater. Ce sujet travaillait depuis assez longtemps loin de son village, et, pour sûr, à cause de sa maladie, il revint dans sa famille, laquelle ne s'est pas rendu bien compte de son état. Environ trois semaines après a éclaté un accès d'excitation, que ses parents attribuèrent à une otite suppurée, dont il souffrait. Durant cette crise, il présentait un fort délire de grandeur incohérent, capricieux et absurde, insomnie et grande excitation. Cet état a duré de trois à quatre semaines, après lesqueles la tranquillité revint. Alors commencèrent les fuites, la dromomanie, suivies par le refus d'aliments, les acceptant seulement quand il se trouvait tout à fait seul, finissant par rester au lit, avec le mutisme le plus absolu, depuis le 7 juin de la même année.

Le 20 octobre, le malade se laissa conduire à notre établissement tranquille et passif, avec la plus grande indifférence, sans répondre un seul mot à l'interrogatoire. Durant les premières semaines de son séjour, l'état du patient fut le même : passivité, indifférence, immobilité prolongée, plongeant la tête sous les draps du lit, suggestionnable à certaines stimulations et négativiste à d'autres, avec tendance à la rémission, mais conservant le mutisme total par rapport à l'émission de la parole.

Comme toujours, ce malade était attentif, regardait et comprenait, mais restait complètement muet à n'importe quelle question qui lui était faite, malgré qu'il obéissait et exécutait les actions demandées. Lorsqu'on insistait, exigeant une réponse, le patient la donnait par signes, et si l'interrogateur simulait ne rien comprendre, alors il recommençait ses signes et mimiques, finissant par désigner papier et crayon, et il écrivait sa réponse. Ce mutisme absolu était également

observé avec les médecins, les infirmiers, ses camarades, et aussi dans l'intimité, avec ses parents, dans n'importe quelle circonstance, de telle manière que, ni par surprise, oubli apparent des heures de repas ou des soins, accusations fausses et promesses de sorties, il n'était possible de lui faire prononcer une parole ; il ne demandait rien, ne protestait jamais, malgré que, d'ailleurs, la symptomatologie s'améliorait.

Chaque jour on l'examinait, commençant par paraître ignorer son mutisme et s'étonner chaque fois de sa persistance. Vers la fin du premier mois, devant l'impossibilité d'obtenir un résultat par la persuasion et tous les moyens employés, nous avons commencé à lui faire comprendre que, selon notre avis, son mutisme dépendait d'un défaut de sa langue. qu'il faudrait corriger, à quoi il se bornait, en secouant la tête, à nier un tel défaut, sans essayer de le prouver. Enfin, un jour, nous avons simulé l'examen de la langue, de la bouche et du larynx, lui faisant entendre la nécessité d'une opération que nous avons remise au lendemain ; pas le moins du monde impressionné, il n'a pas bronché ni prononcé une parole. Le moment arrivé de la visite. et après les préparatifs vraiment simples d'un peu d'ouate, d'une cuvette et d'une pincette Mathieu de traction pour langue, le patient a eu un petit mouvement de refus. Néanmoins, s'étant rendu compte que c'était sérieux, il a dit simplement mais nettement : « Moi, je peux parler ! » Depuis lors, il a continué à parler ; évidemment ce n'est pas un bavard, de lui-même ne parlant presque pas, mais il répond toujours quand on le questionne, au moins par quelques paroles.

Actuellement, il se trouve en une période de rémission très remarquable et travaille à la ferme ; malgré cela, on constate la prédominance des réactions automatiques et le signe de Meige ou de la chûte des bras est très évident. Jusqu'à un certain point le malade a une idée assez claire de ses troubles passés et quand on lui demande pourquoi il resta sept mois sans parler, il répond : « Parce que je n'étais pas bien de la tête. »

Nous pouvons citer deux autres cas presque identiques, mais ces malades ne sont plus dans l'établissement ; l'un s'est évadé quelque temps après que son mutisme cessa par une hallucination pendant la nuit ; chez le second une intervention violente et tout à fait inopportune d'un surveillant qui le plongea dans l'eau froide, le fit parler et, plus tard, dans une

période de rémission il sortit de l'Etablissement et nous n'avons plus rien su de lui.

Suivant ce que nous avons observé dans ces trois cas, le mutisme était complet, se présentait subitement, durait longtemps et chez chaque malade les circonstances différèrent en dehors et dans la clinique sans se modifier spontanément, finissant d'une manière subite à cause d'une impression catégorique. Ces trois malades et cinq autres dont le mutisme avait le même caractère, mais très atténué, présentaient tous les mêmes symptômes évidents de la démence précoce.

Il est évident, comme nous le disions en commençant, que ce mutisme est une manifestation négativiste, une extravagance, un trouble de la conduite et il n'est pas possible de l'expliquer comme une conséquence logique telle qu'elle résulte dans d'autres mutismes (persécutés, inhibés, confus ou déficients), d'ailleurs pas si complets ni prolongés.

Les explications données généralement sur les résistances négativistes, telles que la faiblesse de la volonté du malade, la perte du contrôle de ses propres actions, l'autisme ou la tendance à s'isoler du monde extérieur avec l'objet de vivre uniquement plongé dans ses idées délirantes, ne sont pas applicables à ce mutisme, puisque la volonté, il faut plutôt l'exagérer pour le maintenir ; la perte du contrôle, on la trouve aussi chez les parleurs et l'autisme n'est pas si prononcé qu'il puisse les empêcher d'entendre, comprendre et réaliser avec correction les ordres donnés, malgré que la violence seule est capable de leur détacher la langue, mais, une fois ceci obtenu, la récidive ne se présente pas non plus. Il est vrai que, d'après certains auteurs (Bumke), la meilleure preuve que le négativisme résiste à toute tentative d'explication psychologique, nous pouvons la trouver par la manière absurde et extravagante avec laquelle il se présente et disparaît.

Cependant, si de pareilles tentatives n'ont pas réussi, et c'est peu probable qu'elles réussissent, c'est parce que l'on cherche l'explication du négativisme en bloc, quand dans chaque cas et possiblement dans chacune de ses manifestations on pourrait trouver des explications bien différentes, comme il arrive pour d'autres symptômes.

Dans le cas présent, le mutisme semble, au moins en apparence, n'avoir d'autre explication que l'entêtement extravagant et illogique, comme dans l'autre des cas cités, et la cause de la disparition, sans récidive, ainsi paraît justifiée. Dans le

troisième cas, l'origine pourrait être hallucinatoire, comme aussi était le remède.

DISCUSSION

M. Morlaas (de Paris) rappelle une observation présentée avec commentaires à la réunion du mois de mai de la Société de Psychiatrie de Paris :

Une femme s'aperçoit subitement qu'elle ne peut plus parler alors qu'elle veut prendre, comme tous les matins, sa provision de lait au laitier passant dans la rue ; cette anarthrie, avec seulement possibilité de proférer des sons inarticulés, s'accompagne d'alexie et d'agraphie ; il semble qu'il y ait eu aussi une légère monoparésie brachiale droite.

Elle reste ainsi environ trois mois jusqu'à un dimanche matin où son mari ramenant du marché deux beefsteaks trop gros à son jugement, elle entre dans une violente colère et, pour la première fois, prononce le mot mer... à son adresse. Par la suite, en quelques jours, elle a entièrement récupéré le langage articulé qui seul avait disparu en l'absence de toute surdité verbale.

Mais il reste des séquelles de l'accident sous forme d'une certaine dyslexie et d'une agraphie complète avec écriture en miroir à gauche dans les quelques ébauches possibles.

a) Cet accident anarthrique vu du dehors par son début subit et sa disparition subite au cours d'une émotion violente se présente absolument comme un trouble de l'ordre des névroses.

Or, l'alexie et l'agraphie qui persistent avec une apraxie bucco-faciale, la légère monoplégie brachiale initiale, l'écriture en miroir dans les quelques tentatives de l'écriture de la main gauche sont les signes importants en faveur d'un ramollissement cérébral.

b) Or, le déficit consécutif à ce ramollissement présente certains aspects de l'ordre des névroses (anarthrie), d'autres de l'ordre des déficits organiques (alexie, agraphie, écriture en miroir à gauche). Ainsi donc pour une même cause organique grossière nous relevons des effets dont la seule séméiologie eût fait la séparation en troubles névrotiques et troubles organiques.

Ce cas montre bien que dans l'essence il n'y a peut-être pas

entre ces deux variétés de faits les distances que l'on suppose et qu'il ne suffit pas de relever l'émotion parmi les conditions de disparition de troubles d'allure neurologique ou neuro-psychiatrique, pour les mettre sur le compte de « l'entêtement extravagant et illogique du malade », comme dans le cas présenté par M. Soler Martin ou simplement d'y introduire une note volitionnelle consciente ou inconsciente, ainsi qu'on serait tenté de le faire pour d'autres observations.

M. Henry Ey rappelle les cas d'épilepsie suivis de mutisme pithiatique qu'il a rapportés à la Société de Psychiatrie et où il s'agissait d'un mutisme présentant l'apparence d'une *attitude volontaire,* mais paraissant relever bien plutôt d'un mécanisme d'inhibition *physiologique.*

Résultats statistiques de l'issue des cas de schizophrénie traités à la Maison de santé de Malévoz de 1919 à 1928

Par le D[r] A. Répond

La littérature psychiatrique est assez pauvre en travaux statistiques sur les résultats thérapeutiques éloignés du traitement des schizophrènes. *Le Jahresbericht*, édité par Springer à Berlin n'en mentionne pas un seul de 1921 à 1928.

La difficulté de pareils travaux est, en effet, assez grande et leur valeur démonstrative demeure, somme toute, toujours un peu douteuse. En premier lieu, il est difficile de savoir ce que sont devenus les anciens malades, et d'obtenir sur eux des renseignements suffisants. La difficulté est insurmontable s'il s'agit de malades venant de grandes villes à population très mobile. En second lieu, les critères d'après lesquels on juge de l'état des malades à leur sortie ne sont pas toujours très surs ; dans les schizophrénies, notamment, les symptômes les plus apparents ne disent souvent pas grand'chose sur la gravité du cas. Et enfin, les classifications psychiatriques sont si différentes qu'une statistique englobant, par exemple, tous les cas rentrant, d'après Bleuler, dans la schizophrénie ne sera pas très convaincante, peut-être, pour beaucoup d'aliénistes adoptant d'autres classifications.

Sans prétendre à une valeur scientifique péremptoire, de pareils travaux nous paraissent, néanmoins, utiles, ne serait-ce qu'à titre d'indication. Et en effet, si nous avons abordé cette tâche, c'est bien dans l'intention de nous éclairer sur la valeur thérapeutique des méthodes nouvelles, actives, de soigner le groupe de psychoses étroitement apparentées, sous le nom générique de schizophrénies.

Le canton suisse du Valais où se trouve l'établissement de Malévoz offre des conditions favorables pour établir une pareille statistique. Pays agricole, sa population est, en général, très stable, ce qui facilitera nos recherches ultérieures. Nous ne possédons pas encore de renseignements catamnestiques directs pour tous nos cas. Cependant, le pays est petit : c'est une maison de verre, et tout s'y sait. A défaut de rensei-

gnements directs, la renommée aux cent bouches nous en fait parvenir par voie détournée. Malévoz est le seul établissement de psychopathes pour le canton et les malades qui rechutent y sont ramenés. Si un ancien malade fait une rechute dans un autre canton, nous l'apprenons aussitôt, car c'est une coutume établie que les asiles d'aliénés en Suisse demandent aussitôt communication des feuilles d'observation médicale de l'établissement où le malade a été précédemment soigné. Et enfin, les lois régissant l'assistance publique en Suisse ramènent très vite, par voie de rapatriement, dans leur établissement cantonal les malades internés dans un autre canton.

Notre statistique comprend 551 malades, c'est-à-dire tous les cas de schizophrénie à diagnostic confirmé, soignés dans l'établissement de 1919 à 1928. Nous n'avons excepté qu'un certain nombre de cas chroniques hospitalisés temporairement à Malévoz par un autre canton.

Les cas ont été comptés une seule fois, même s'ils ont été admis plusieurs fois dans notre établissement ou dans un autre.

Les critères d'après lesquels nous jugeons de la guérison et l'amélioration sont tout autant, sinon davantage, d'ordre social que d'ordre médical.

En effet, la guérison médicale implique, on le sait, une « restitutio ad integrum » du psychisme de l'individu. Or, une crise de schizophrénie laisse toujours des traces, plus ou moins marquées, quoique souvent infimes dans la vie mentale de l'individu : ce sera, peut-être, une simple augmentation de la tendance à l'introversion, une irritabilité, une instabilité plus marquée, où au contraire, une certaine indifférence générale, bref, un ensemble de modifications de la personnalité n'offrant d'ailleurs pas nécessairement un caractère morbide. Il arrive en effet assez fréquemment qu'après une pareille atteinte, le comportement social de l'individu soit bien meilleur qu'auparavant. Nous connaissons ainsi des schizophrènes qui, avant la maladie, étaient des hyperémotifs, instables, excitables, bref, dans un état de déséquilibre affectif habituel diminuant beaucoup ou annihilant même leur valeur sociale. Le processus schizophrène qui atteint surtout l'affectivité paraît atrophier cet excès d'émotivité, de sorte qu'après la maladie le comportement de ces individus peut être absolument transformé : ils deviennent plus constants, stables, énergiques et animés d'un esprit de suite qui leur faisait

défaut auparavant. Nous citerons, par exemple, le cas d'un jeune géomètre, fantasque, paresseux, querelleur, incapable de demeurer dans une situation plus de quelques mois, qui, après un délire schizophrène de quelques semaines, se rétablit parfaitement, trouva une situation à l'étranger d'où il nous fit parvenir plusieurs fois de ses nouvelles et où il a singulièrement prospéré. Nous citerons encore un jeune commerçant présentant aussi de graves anomalies de caractère, qui, après une crise catatonique dont il guérit, partit pour les Colonies où, en quelques années, il réussit à se créer une très belle situation. Nous avons eu de ses nouvelles tout dernièrement, car, rentré au pays pour se marier, sa future belle-mère nous a consulté sur l'opportunité de lui donner sa fille.

Nous estimons que ces malades sont guéris socialement, mais non médicalement, car l'altération du caractère, même si elle a des effets favorables, ce qui n'est pas toujours le cas, même si elle donne à des individualités jusque-là stériles une valeur sociale nouvelle, résulte bien d'une atrophie de l'affectivité provenant de la maladie.

Les guérisons sociales maintenues sont au nombre de 168, sur 551 cas, autrement dit, cette heureuse issue de la maladie est survenue dans le 30,4 0/0 de tous les schizophrènes soignés.

Nous avons compté à part les cas qui, après une première guérison, ont fait une ou plusieurs rechutes, dont ils ont, d'ailleurs, guéri à nouveau. Ils sont au nombre de 34 sur 551, soit 5,44 0/0 du total des malades soignés.

Les schizophrènes qui, après une première guérison, ont fait une rechute, dont ils ne se sont plus relevés, sont au nombre de 11 sur 551 malades, soit seulement 1,99 0/0 de tous les cas. Le pourcentage de toutes les guérisons est de 37,93 0/0.

Beaucoup de malades quittent notre établissement sans être guéris : leur état s'est simplement amélioré. Quoiqu'ils présentent encore des signes manifestes de psychose, leur comportement est néanmoins, à ce moment, plus ou moins compatible avec la vie en société. C'est dans un but thérapeutique que nous renvoyons à la maison ces schizophrènes. L'expérience enseigne, en effet, que la sortie hâtive de l'asile, que les chocs émotifs provenant du retour dans l'ambiance familiale et a vie normale, que l'abandon du milieu artificiel de l'établissement où le malade a souffert, dont il a peut-être plus ou moins déformé l'image, dans son délire, ont des résultats

éminemment favorables pour accélérer ou même provoquer la guérison.

Nous ne pouvons nous étendre ici sur l'importance thérapeutique de la sortie hâtive des schizophrènes et renvoyons le lecteur aux travaux spéciaux sur la matière. Notre statistique montre la grande fréquence de ces sorties précoces et leur efficacité, puisque 204 malades sur 551, soit 37,02 0/0, ont été renvoyés dans leurs familles, quoique présentant encore des symptômes psychothiques manifestes. Là-dessus, 126, soit 22,8 0/0 se sont maintenus sans rechutes et leur état a continué à s'améliorer, pour aboutir souvent à une guérison complète. Dans d'autres cas, l'amélioration n'a pas dépassé un certain stade, mais les symptômes permanents sont demeurés assez discrets pour permettre au malade la vie en société plus ou moins réduite, et une certaine capacité de travail. Ainsi donc, ces malades, au lieu de demeurer très longtemps ou définitivement dans l'attente d'une guérison qui ne se serait très probablement pas produite, ont pu réintégrer le cadre social de leur activité et le remplir, parfois aussi bien qu'avant la maladie.

Le nombre de rechutes temporaires ou fatales survenant à la suite de sorties faites dans ces conditions est, naturellement, plus considérable que lorsque les malades s'en vont guéris sous notre contrôle. Les rechutes temporaires, au nombre de 34, soit 6,17 0/0, de tous les cas, présentent d'une année à l'autre une fréquence très variable. C'est ainsi qu'en 1921, la proportion des rechutes temporaires par rapport au total des améliorations s'élève à 33,3 0/0, alors qu'elle est seulement de 5,55 0/0 l'année suivante, pour s'élever à 18,18 0/0 en 1923. La proportion de rechutes fatales avec réinternement définitif, après une première amélioration, est de 7,98 0/0. Elle est sujette ainsi à d'importantes oscillations, puisqu'en 1920, 44 0/0 des cas améliorés ont fait une rechute définitive, alors qu'en 1922, 5,50 0/0 seulement des cas ont évolué de manière défavorable.

61 malades, enfin, soit environ 11 0/0, ont quitté l'établissement dans un état stationnaire, ou même péjoré, malgré le traitement. Ces sorties se sont faites avec notre assentiment, parfois sur notre demande, dans l'intention d'essayer la révulsion psychique bienfaisante pouvant provenir du retour dans le milieu familial et de désarmer les sentiments d'opposition du malade contre l'asile où il est contraint de séjourner.

Quoique étant plutôt pessimistes, quant à l'évolution de pareils cas, et non sans crainte d'accidents possibles, force nous est bien de reconnaître qu'une bonne proportion de ces cas, apparemment désespérés, se sont fort bien maintenus, puisque 6 0/0 seulement ont dû être réinternés. Les autres ont réussi à se rétablir plus ou moins complètement dans l'ambiance familiale, qui leur est évidemment beaucoup plus favorabe que le milieu hospitalier.

Sur les 551 schizophrènes faisant l'objet de notre statistique, 25 sont décédés, soit 4,71 0/0. La plupart des décès est due à une affection chronique intercurrente, tuberculose généralement.

69 cas, soit 12,52 0/0, ont dû être maintenus internés définitivement. Un certain nombre de ces malades avaient déjà été en traitement à Malévoz, antérieurement à 1919. La grande majorité se trouvait déjà depuis plusieurs années dans un état chronique, quand ces malades nous furent amenés : soit qu'ils aient été internés jusque-là dans un autre établissement, soit encore que leur famille ait attendu, pour les faire soigner, que leur comportement soit devenu parfaitement insupportable. Bon nombre de ces malades maintenus internés définitivement se trouvent dans un état mental qui leur permettrait de quitter l'asile s'ils avaient des familles pouvant s'occuper d'eux ou si nous disposions déjà d'une institution de placement familial des aliénés.

Les résultats statistiques de notre travail nous permettent d'affirmer que, si une maladie mentale offre des perspectives favorables de guérison et d'amélioration, c'est bien la schizophrénie, et que son vieux nom pessimiste de démence précoce est fort peu mérité.

Bien entendu, ces résultats ne peuvent être obtenus que par une thérapeutique active. Il ne faut pas se contenter d'interner les malades, mais il faut les soumettre à des traitements médicaux psychologiquement très nuancés, ne pas hésiter à faire de fréquentes tentatives de sorties, des essais de réadaptation du malade à son milieu naturel, ou à toute autre ambiance sociale favorable. A ce prix seulement, l'amélioration et la guérison peuvent être obtenues, dans la très grande majorité des cas. En effet, sur les 551 cas de schizophrénie admis dans notre établissement, de 1919 à 1928, 393 malades, soit une proportion de 71,32 0/0, ont pu être rendus pour des années, sinon pour toujours, à la vie sociale.

Interprétation analytique du Syndrome de Cotard

Par M. S. Vilaseca (de Reus)

Le type légendaire de personnage pervers, condamné à toutoujours souffrir sans jamais pouvoir mourir, est très fréquent dans notre littérature populaire. Il y a dans notre folklore une série abondante de légendes qui coïncident avec cela, dont les principaux acteurs sont des êtres immortels.

Il y en a de deux espèces. Les uns sont universellement connus, tels que le Juif Errant, Salomé et les filles du roi Hérode, le roi Arthur, Ponce-Pilate, Marcus, etc. ; les autres sont exclusifs de notre pays, ou bien des étrangers adaptés à des figures de notre passé historique, qui offrent quelque ressemblance avec des types légendaires étrangers. Mais les uns et les autres sont semblables à nos gens naïfs, qui croient qu'ils ont tous employé une grande part de leur activité légendaire à notre pays ou bien qu'une fois devenus immortels, ils l'ont souvent visité.

Il y a des gens qui croient que le roi Arthur est venu chasser en Catalogne, après avoir tué ou épouvanté tout le gibier de son pays ; d'autres prétendent avoir vu le Juif Errant en personne. Il y en a qui se figurent que la prison de Pilate existe à Tarragone, ou bien, que dans certains étangs de notre pays, où il fut submergé, il fait entendre ses lamentations. D'autres sont convaincus que Marcus, le soldat romain qui souffleta Jésus et le fit prisonnier, git dans le fond d'un puits, à Montserrat, où il ne cesse de frapper avec une main en fer.

Parmi nos types légendaires, nous avons le Mauvais Chasseur, adaptation du roi Arthur, puisque, comme lui, il est condamné à courir éternellement et sans s'arrêter, pour avoir abandonné la messe afin de poursuivre un lapin ; des danseuses innominées, ainsi que les filles du roi Hérode, les batteurs et les laboureurs, les blanchisseuses et les fileuses, qui dansaient, battaient, labouraient, lavaient ou filaient les jours de fête ou bien, selon d'autres variantes, n'ont pas cessé de le

faire pendant certains moments de solennité rituelle, comme lorsque passe le Viatique, etc.

Il y a aussi de nombreux personnages pervers, comme le fameux Comte Arnau, qui, ainsi que le Mauvais Chasseur, a inspiré nos meilleurs poètes. Le Comte Arnau est un des types les plus importants de notre littérature populaire, tant par l'étendue topographique de sa légende chevaleresque que par les beautés de la chanson populaire, qui a contribué à la perpétuer avec tous ses détails. Cet immortel, d'après la légende, fit, pendant sa vie, un traité avec le démon, et il commit une infinité de faits arbitraires et de dommages, parmi lesquels le rapt de l'Abbesse du Couvent de Saint-Jean, passant par une grotte fantastique percée dans une montagne, monté sur un cheval aux ailes de feu. C'est un personnage fort ressemblant à l'Arnale de Prades, qui, d'après une autre chanson populaire, brûle dans un bois, ainsi que tous les arbres, comme châtiment de sa vie déshonnête.

Un proverbe catalan exprime en peu de paroles ces idées populaires d'immortalité et de damnation. Il dit : « Le temps passe et Jeanne danse. » Nous croyons que cette Jeanne, qui danse constamment, invariablement, à travers le temps et l'éternité, c'est Salomé même, la fille d'Hérodiade, que nous avons déjà nommée. La légende de Salomé est des plus connues. Elle renferme quelques questions qui pourraient être étudiées au point de vue analytique, pouvant y découvrir le complexe d'Electra, en remplaçant le père par l'oncle, le complexe spectaculaire de nudisme et celui de mutilation par humiliation. Notre pays interprète une danse nommée de Saint-Jean, réminiscence du mythe rituel et du drame sacré, duquel, avec la dégradation du motif amoral original, se serait dégagé la légende.

Cette énumération de narrations légendaires propres à notre folklore suffit pour démontrer que les idées délirantes d'immortalité et de condamnation (réunies avec d'autres troubles affectifs, sensoriels, etc., sous le nom de syndrome de Cotard, faisant partie du délire des négations), font également partie de certaines conceptions ou de croyances populaires.

Le peuple applique ces idées de damnation éternelle à des êtres d'une mauvaise réputation morale et religieuse, violateurs d'un système d'interdictions ou tabous déformés, conservés d'une façon symbolique par la légende. Il est logique de penser que si, tout d'abord, le mythe a été unique, les

légendes actuelles ne seraient autre chose que des variantes et des adaptations du mythe primitif et qu'elles auraient toutes leurs parallèles dans les pays divers. Voilà pourquoi nous pourrions dire que les filles du roi Hérode de notre folklore correspondent aux filles du roi Minos, et nous pourrions appliquer le même critérium aux autres personnages de nos narrations.

Le primitif, qui confond la durée des êtres avec leur activité, aurait cru que le sujet violateur d'un tabou a pour majeure peine de répéter invariablement l'action défendue, ce qui rappelle la peine du talion. Le sentiment de durée a exclu celui du changement, le sentiment d'éternité surgissant. En particularisant davantage, fixons-nous sur les êtres qui s'abattent ou s'enfoncent, comme les danseuses et les campagnards, qui battent, qui furent condamnés à rester sous la place et sous l'aire, répétant les mêmes actes qu'ils avaient exécutés ; dans les êtres qui accomplissent une activité rythmique, comme la danse même ou l'équitation, et aussi dans ceux qui, simplement, chassent, filent ou marchent. Ils répètent tous incessamment l'action en vertu de laquelle ils ont péché. Cette action serait la représentation de l'acte sexuel. Regardons aussi les objets qui figurent dans ces narrations : des arbres en flammes, des fouets, des fuseaux, des châteaux, des prisons, des aires, des puits, des grottes, des étangs, des lapins, symboles de l'inconscient collectif dont quelques-uns possèdent, proprement parlant, une signification figurée assez courante et qui représentent les organes sexuels, les masculins les uns, et les féminins les autres.

Nous voyons donc que l'acte punissable est la même forme de condamnation, que la punition est la réalisation du désir et que cette dernière est la conclusion à laquelle était déjà arrivé Groddeck dans ses études sur la signification des châtiments terrestres et divins.

Aucun des malades présentant le syndrôme de Cotard, observés par nous, ne connaissait de légendes de cette nature.

On ne peut pas nier que ces narrations appliquées à la religion et à la morale (surtout pendant le Moyen-Age) ont eu une application sociologique très estimable. Il faut savoir, cependant, si l'impulsion de la libido dans le sens freudien a été l'unique facteur qui a contribué à l'élaboration de ces conceptions, tel que cela semble certain dans nos légendes, ou bien si, comme le croit Kretschmer, l'instinct de la conser-

vation et de la défense vitales a joué également un rôle de premier ordre dans la composition des rites magiques et des rites acompagnant la prière, de la croyance à l'immortalité et des prescriptions morales, d'un intérêt social. Parce que, même dans le cas d'un de nos malades présentant le syndrôme de Cotard, âgé de 52 ans, qui, d'après ce qu'il raconte, dès son enfance, fut des plus blasphémateurs et en même temps un grand dévot (sentiment affectif d'ambivalence à l'égard de Dieu) et qui se rappelle qu'à 8 ans, lorsqu'il venait de prononcer un énorme blasphème, on lui répondit : « Tu devrais avoir une maladie de laquelle tu ne puisses ni guérir ni mourir » (élément pathogénétique digne d'être tenu en compte), on pourrait voir un complexe de Prométhée qui, d'après ce que l'on sait, est un aspect de celui d'Œdipe.

En résumé, nous croyons une fois de plus qu'il est possible d'expliquer, par le moyen de la psychologie génétique, la signification de quelques processus psychopathiques ; que les complexes primitifs auraient laissé leur empreinte indélébile dans l'inconscient collectif ; que le contenu de ces complexes apparaît de temps en temps sous la forme de conceptions délirantes chez les malades mélancoliques, avec des variations casuistiques dues à la vie affective personnelle de chacun, et que les mêmes complexes se conservent à travers les générations au moyen de la légende, de la danse et de la chanson populaire.

La théorie psychanalytique des obsessions

par M. R. de Saussure (de Genève)

On discute beaucoup de nos jours si les obsessions ont une origine psychogène ou si elles sont un automatisme mental histogène. Tant que l'on ne saura pas à quelles transformations physico-chimiques exactes correspondent les mouvements de la pensée, une pareille question nous semble oiseuse; notre science est obligée de se restreindre et de rester sur le terrain pragmatique. Nous pourrons rechercher par quels mécanismes psychiques ou physico-chimiques nous arrivons à résoudre les obsessions, mais, pour le moment, nous devons limiter à ce problème nos investigations. Dans les obsessions il est cependant un second point qui peut nous intéresser, c'est de savoir pourquoi telle obsession prend telle forme plutôt que telle autre, pourquoi, par exemple, un homme sera contraint de répéter le mot « renard » plutôt que celui de « chameau ». C'est ce dernier point que nous désirerions examiner brièvement à propos d'une malade que nous avons vue quelquefois, mais que nous n'avons pas eu l'occasion de traiter psychanalytiquement.

Il s'agit d'une femme de 32 ans environ, mère d'une fille unique. Elle présente depuis deux ans les obsessions suivantes :

1. Elle croit à tout instant avoir un cancer, plus particulièrement un cancer du sein ; elle se déshabille jusqu'à quinze ou vingt fois par jour, examinant son corps sur toute sa surface, s'arrêtant au moindre bouton, persuadée que c'est le début d'un cancer. Elle va une fois par semaine chez un médecin qui l'examine entièrement pour la rassurer. Au moindre coup qu'elle reçoit, elle est convaincue qu'un cancer va se développer dans la région heurtée.

2. Elle est d'une anxiété extrême sur l'état de santé de sa fille ; au moindre rhume, elle la croit déjà mourante, elle est obsédée par l'idée qu'il va lui arriver malheur.

A côté de ces obsessions, notre malade présente des automatismes obsessionnels. Voici les plus caractéristiques :

1. Le soir, en se déshabillant, elle est obligée de ranger son linge de façon à former sur la chaise une pile où chaque objet (chemise, pantalon, etc.) est plié de façon à prendre la même surface. Elle ne peut aller au lit que lorsque la pile est parfaitement rectiligne.

2. Elle n'autorise pas sa femme de chambre à rentrer le linge venant de la lessive dans l'armoire ; elle se livre elle-même à ce travail. Là encore, tout objet doit être plié à angle droit et les arêtes des piles doivent être parfaitement verticales.

3. En sortant de son bain, elle replie elle-même son linge de façon à ce que les angles se recouvrent avec une exactitude absolue.

4. Au salon, elle ne peut pas supporter qu'un livre ne soit pas strictement parallèle au rebord de la table.

Je n'allonge pas cette liste d'exemples. Je voudrais simplement ajouter que, si la malade essaie de se soustraire à l'un de ces automatismes, immédiatement s'impose cette idée qu'elle va être atteinte d'un cancer, si elle n'obéit pas à son besoin d'ordre.

Notons, à côté de cette double série de symptômes, une dépression chronique dominée par cette idée que sa jeunesse se passe sans qu'elle s'épanouisse ; cette idée prend aussi parfois le caractère d'une obsession.

Lorsque nous interrrogeons cette malade, nous apprenons qu'elle jouit à part cela d'une assez bonne santé, si nous en exceptons des troubles gastriques qui, probablement, ont aussi une origine nerveuse. Elle se dit heureuse en ménage et son mari confirme que leur union est parfaite, malgré les difficultés occasionnées par ces obsessions. La malade s'est beaucoup retirée du monde depuis l'apparition de ces symptômes.

Une circonstance semble nous mettre sur le chemin de l'origine des obsessions. La mère de notre malade est morte d'un cancer au sein. Le père s'est remarié peu de temps après et sa seconde femme, après quelques années, est morte dans d'atroces souffrances, également d'un cancer au sein. Notre malade a souvent vu sa belle-mère au cours de ses souffrances. A première vue, il semblerait naturel de conclure à une

hérédité psychopathique, une suggestibilité exagérée en serait la conséquence et voici l'explication toute trouvée. Mais une circonstance imprévue nous a permis de jeter un jour beaucoup plus précis sur la genèse psychologique de cette obsession. Voici les faits.

J'avais donné rendez-vous à ma malade et le jour où elle devait se rendre chez moi, son mari me téléphone qu'elle fait une crise d'anxiété et qu'elle ne veut pas me voir. En vain j'essaie de convaincre l'époux que le malade a besoin de son médecin surtout dans les moments où il se sent mal, on refuse ma visite. Je demande alors au mari de se rendre chez moi à la place de sa femme et voici ce que j'apprends au sujet de l'éclosion de cette crise d'anxiété. Le mari, qui est un excellent financier, avait coutume de gérer la fortune de sa femme et cette habitude n'avait jusqu'ici donné lieu à aucune contestation. Lorsque, le matin même, le mari avait demandé à son épouse de signer une pièce lui donnant droit de vendre quelques titres, elle s'est soudainement récusée et elle est entrée dans une colère violente, disant qu'elle en avait assez de cette tutelle, que maintenant elle entendait gérer elle-même ses biens. Le mari était fort étonné de cette réaction, attendu qu'il lui arrivait constamment de faire de pareilles demandes et qu'il avait, du reste, considérablement augmenté la fortune de sa femme. Jusque là, elle ne s'était jamais plainte.

A la suite de ce récit, le cas de notre obsédée était bien clair et je dis à son mari: « Vous m'avez trompé, votre ménage marche mal et votre femme a un amant ». Le mari avoua que j'avais raison et me demanda comment je le savais. Je lui répondis que la scène de sa femme était bien symptomatique ; elle avait accepté jusqu'ici le contrôle de son mari, elle voulait s'en libérer maintenant. Mon interlocuteur me donna quelques détails, me dit que sa femme, qui avait de grands remords, lui avait avoué sa double vie il y a quelque temps. Ils avaient juré sur la tête de leur fillette de ne point se séparer, quoiqu'il arrive dans la suite.

J'avais acquis un espoir de guérir la malade en lui expliquant l'origine de ses symptômes et je fis promette au mari de ne rien dire à sa femme de notre conversation. Je ne pense pas qu'il ait tenu sa promesse, car cette scène de Sherlock Holmes l'avait vivement impressionné et, depuis ce jour, je n'ai jamais revu sa femme. Je ne puis donc raconter l'histoire d'une guérison, mais je puis essayer de vous montrer

comment ce conflit conjugal explique la symptomatologie de notre malade.

Pendant longtemps, elle avait eu une liaison à l'insu de son mari et elle en était rongée de remords; ce remords venait sans cesse à sa conscience, elle le refoulait. Or,en psychanalyse, nous admettons que tout sentiment violent refoulé tend à réapparaître sous une forme déguisée dans notre personnalité consciente. Chez notre malade, le mot remords revient sous la forme de l'obsession du cancer, maladie qui ronge comme le remords, et cette expression symbolique était facilitée par le fait des tristes circonstances de sa famille. Les automatismes obsessionnels de notre malade ont tous le caractère de vouloir redresser quelque chose : redresser une pile de linge, rectifier le parallélisme de deux lignes, etc. Ce sont des mécanismes de défense ; ils ont une valeur économique pour l'inconscient, ce sont des réactions qui tendent à soulager la culpabilité inconsciente par un geste de redressement, symbole de l'action morale coupable que la malade voudrait arriver à redresser. Nous voyons très clairement, par cet exemple, que ce n'est pas seulement une des tendances qui est refoulée dans l'inconscient, mais que c'est tout le conflit même qui est devenu inconscient. C'est en étudiant des cas analogues que Freud en est venu à distinguer deux instances dans l'inconscient, le soi, formé de la poussée de nos tendances instinctives, et le sur-moi, sorte de conscience morale inconsciente. Nous voyons que chez notre malade ce sont les tendances instinctives qui sont le plus refoulées, elles ne reparaissent déguisées que dans une des obsessions, celle qui a trait à la fillette. Pourquoi, en effet, notre malade a-t-elle l'obsession qu'il va arriver quelque chose de grave à sa fille ? C'est qu'elle le désire. Si sa fille n'existait pas, elle divorcerait et rejoindrait son amant. Mais ce désir criminel, elle le refoule. Il ressort alors sous une forme plus admissible à la conscience, celle d'une inquiétude, d'une sollicitude particulière. Il est juste d'ajouter que l'agressivité inconsciente déclenche souvent, par surcompensation, une affection exagérée dans le conscient.

L'obsession du cancer vient à première vue du sur-moi ; c'est déjà une réaction punitive. Mais une analyse approfondie nous aurait probablement appris qu'elle comporte aussi des éléments de jouissance, que la malade a érotisé secondairement la réaction du sur-moi. Cette jouissance est probable-

ment dans le plaisir de s'exhiber et de se faire examiner par son médecin.

Si nous avions été à même d'analyser ce cas, nous serions arrivé à déterminer de façon beaucoup plus précise chacun de ces symptômes. Il nous a paru cependant intéressant de montrer à des médecins qui ne sont pas rompus aux méthodes psychanalytiques comment une réaction en apparence bénigne peut souvent éclairer toute la symptômatologie du cas. Cet exemple est encore instructif à un autre point de vue ; il nous montre combien nous devons rester sceptiques lorsque des malades nous affirment que leur ménage marche bien.

Dans une aussi brève communication, il ne pouvait être question de développer la théorie psychanalytique de tous les mécanismes des obsessions. Nous avons simplement voulu montrer qu'elles sont un retour du refoulé dans le champ de la conscience, retour qui s'exprime de façon symbolique. Il arrive aussi qu'elles soient un compromis entre le refoulé et le refoulant, comme je l'ai montré dans l'obsession que la fillette est en danger de mort.

J'espère que l'exposé de ce cas très simple incitera un certain nombre de confrères à s'intéresser toujours plus aux études psychanalytiques.

Sur la modification de la conscience du temps psychique dans la névrose obsessive

Par R. Sarró (de Barcelone)

En utilisant un cas clinique, nous essayerons de montrer dans quel sens l'interprétation psychoanalytique de la névrose obsessive, qui est sûrement la plus profonde que nous possédons, doit être complétée et modifiée. Malgré la grande valeur qu'a démontré la théorie de la libido, si on en pouvait trouver une autre plus adéquate à la nature du psychique, elle devrait lui céder la place.

Il s'agit d'un jeune homme, docteur ès sciences chimiques, de constitution athlétique, extraordinairement robuste. Son symptôme capital et, pourrait-on dire unique, est le suivant : il voit des difficultés dans l'exécution des actes les plus simples et banaux de la vie, car, s'il ne se soumet à un ordre absolument précis, il est dominé par l'idée obsédante que dans les choses dont il s'occupe, va se mélanger du sublimé corrosif et que cette substance se répandra et aura des effets nuisibles sur d'autres personnes. Alors, il est obligé de répéter ses actes un nombre de fois variable, jusqu'à éprouver la sensation de les avoir bien accomplis. De cette façon, il emploie un temps extraordinaire à se coucher, à se lever, à se laver les mains, à lire quelque chose, etc. Un de ces troubles, le plus pénible, est celui de la marche: il a, par exemple, l'impression d'avoir mal posé le pied et pour éviter le sublimé, il est obligé de reculer de quelques pas, mais en le faisant, il lui paraît de nouveau avoir fait du bruit avec ses pieds, et de cette facon, il lui est arrivé parfois de s'éloigner de beaucoup de kilomètres en arrière.

Comme c'est en face de troubles comme celui-ci qu'il faut chercher toujours à éclaircir ce que L. Binswanger (1) a appelé récemment l'histoire intérieure de la vie, nous la décrirons brièvement.

Il est le deuxième fils d'une famille bourgeoise très considérée. Le père était aussi docteur ès sciences chimiques et il avait une fabrique qui fut destinée à mon malade, car le frère aîné étudia l'architecture. Le père mourut, il y a 8 ans, c'est-à-dire quand le patient n'avait pas encore fini ses études. Quand il les finit, il fut chargé de la fabrique de son père, mais après deux ou trois ans apparurent ces troubles et ils atteignirent une telle intensité qu'il dut vendre sa fabrique.

L'intelligence du patient est normale. Tempérament calme et flegmatique. Je n'ai pas pu constater des oscillations de l'affectivité ; mais il est à remarquer que les drames tristes lui plaisent; je n'ai pas observé non plus en lui de mauvaise humeur. Je ne crois pas que mon malade démontre l'affirmation de Kahn (2) qu'on trouve toujours un tempérament dysphorique chez les obsédés.

Sa vie instinctive était sûrement faible, mais d'orientation normale, quoique d'une centralisation génitale encore déficitaire. Il n'était jamais torturé par le désir sexuel, il avait des pollutions rares, il n'avait jamais cohabité, bien qu'il n'ait pas une idéologie ascétique. Il avait été religieux sans bigoterie jusqu'au commencement de sa maladie. Il n'y avait rien de froid ni de raide dans son habitus, il donnait une impression franchement syntonique. Je crois qu'on peut définir son caractère avec une formule unique : il était le prototype et l'archetype de l'enfant obéissant, du bon élève, du bon recruté, mais — j'insiste une fois de plus, car sous l'influence de Kretschmer et des idées de Minkowski sur le géométrisme morbide, on a une tendance injustifiée à faire rentrer ces malades dans le groupe des schizoïdes — il abandonnait son destin dans les mains de ses supérieurs, comme la chose la plus naturelle, de la même sorte qu'un enfant se laisse guider par ses parents. Ce « style de vie » se manifestait dans toutes ses activités. Il cherche à se mettre toujours dans des situations d'obéissance. Quand, dans la rue, il veut passer au devant de quelqu'un, il doit lui donner sa droite, quand il commence à marcher, il doit le faire avec son pied gauche, comme on lui a enseigné dans l'école militaire. Quand il voit que le tapis qui se trouve entre le lit de son frère et le sien est plus près de lui, il doit le mettre juste au centre. Quand il était plus jeune, il faisait la même chose que son frère aîné, au point que celui-ci lui dit : « Vous êtes un singe d'imitation. » Les dimanches, il sort toujours avec sa sœur aînée et

son fiancé. Dans ses rêves, il cherche avec une fréquence surprenante des situations passives, sans caractère érotique. Il se propose d'aller avec une prostituée, mais il s'oblige, pour ainsi dire, à ce que ce soit la femme que lui a montrée son ami. La façon dont il est devenu malade est aussi caractéristique. Il avait un vieux secrétaire qui était bon vivant et libre penseur, mais comme on découvrit qu'il faisait des faux, la famille le fit mettre en prison. Le patient chercha par tous les moyens qu'il fût mis en liberté. Il y parvint, et il l'aurait même pris de nouveau à son service, si la famille ne s'y fût opposée. On lui envoya un nouveau secrétaire, aussi vieux, mais très rigide et mysogine. Le patient commença alors à se laver les mains souvent, et il arriva bien vite à son état actuel. Or, comment peut-on expliquer psychanalytiquement cet ensemble de symptômes ? Il faut, premièrement, trouver le sens du symptôme du sublimé. Nous sommes parvenu à le faire, en nous aidant d'un rêve du patient. « Il voit une jeune fille qui a la voix de sa sœur, nue de la partie inférieure du corps, elle se poudre la région falienne avec du sublimé. Il la poudre aussi et il a une pollution. » Il associe à ce rêve que, quand il était enfant, il avait appris que les personnes qui ont affaire au sublimé et aussi au permanganate de potasse et à l'acétate de plomb sont dangereux pour leur entourage. Il raconte aussi qu'une fois, après avoir eu du sublimé corrosif dans la main, il s'est touché la région génitale de son pantalon, le venin est resté là indéfiniment. Il s'y forma, pour ainsi dire, un manantial de sublimé. « J'ai peur de répandre du sublimé » veut donc dire : J'ai peur de devenir impur en me laissant entraîner par mes tendances antisociales, agressives et sexuelles. Cette analyse que je ne peux poursuivre suffit pour nous permettre de décrire la névrose de notre malade en termes psychanalytiques, et dire que nous sommes en face d'un conflit, et que ce que fait le malade toute la journée, c'est de lutter contre son « complexe sexuel ». Au point de vue psychanalytique, il est à noter que le malade parle de son père avec vénération, comme d'un Dieu. On peut dire que cette fidélité au père, qui a le rôle de prohibiteur des activités instinctives, a contribué à le conduire à la névrose. En poursuivant cette orientation génétique et historique, qui caractérise la psychanalyse, on pourrait trouver d'autres faits, mais une constitution anale-sadiste typique me paraît extrêmement problématique pour mon malade ; même s'il en était ainsi,

il est impossible de nier que tous ces facteurs et événements se trouvent chez un nombre énorme de personnes, et il faut se demander pourquoi ils arrivent à devenir pathogènes seulement dans un nombre réduit de cas. L'histoire intérieure de la vie de mon malade se caractérise même par son extrême pauvreté, pour avoir vécu moins que le commun des êtres humains.

Il mérite aussi d'être signalé que la psychanalyse n'ignore pas que la « maladie du tabou » persiste à être un problème. Freud (3) n'a pas hésité à avouer qu'il est encore énigmatique, pourquoi les symptômes de cette névrose se fixent avec autant de prédilection dans des activités automatiques. Récemment aussi, un de ses disciples, Alexander (4), a fait de cette névrose l'objet d'une étude très pénétrante, mais que nous ne pouvons pas considérer comme réussie.

Cet état du problème et *last not least* les grandes difficultés qui existent encore à améliorer ces malades, justifient l'essai d'appliquer un nouveau point de vue à son étude. Nous avons cru le trouver dans la considération selon la dimension du temps psychique. Minkowski l'a introduit dans la psychiatrie, et il a été suivi par Straus (5), dans un travail d'une valeur considérable, paru l'année dernière. Il ne s'inspire pas des idées géniales, mais problématiques, du bergsonisme, sur la polarité de l'intelligence et de l'instinct foncièrement irrationnel. Straus établit comme point de départ une différenciation fondamentale entre ce qu'il appelle le temps du moi et le temps du monde. Ce dernier est le temps de la physique, ou de l'horloge, et il est homogène et mesurable. Au contraire, le temps du moi peut passer « vite », ou « lentement », peut être « occupé », peut se « perdre », peut se « gagner ». Quand nous avons des projets, des idées, de la force, nous avons l'impression d'être en avant sur le temps des choses. Au contraire, dans l'ennui, dans la tristesse, ou dans la dépression, nous nous sentons arrêtés, tandis que la « roue du temps » continue son mouvement. Dans notre état normal, nous pouvons bien observer que nous sommes toujours orientés vers l'avenir, et, en même temps, que nous nous sentons épanouir, croître dans le futur, quoique, en réalité, nous nous approchons chaque fois un peu plus de la mort (v. Gebsattel) (6). Le temps psychique est donc identique avec le développement de l'histoire individuelle, avec l'élan à se réaliser, à accepter un changement créateur. Il a un caractère historique

et futuriste (Zukunftigkeit, Heidegger). Or, pour que le futur soit le vrai horizon de notre vie, l'intégrité des forces biologiques et des « fonctions vitales » est indispensable (Binswanger). Quand ce n'est pas le cas, le futur, qui, normalement, est vécu comme possibilité d'agir et d'évoluer, apparaît, pour ainsi dire, mutilé, vide. Plus grande est l'inhibition biologique, plus intense la réduction du futur et le ralentissement du temps du moi. Le trouble biologique se manifeste donc dans la sphère psychique, par une modification de la structure du temps psychique, qui perd surtout son caractère futuriste. On peut établir une échelle graduelle, et dire que, dans la mélancolie, le futur n'existe pas (la mort est là), dans la dépression psychopathique, il existe, mais menaçant. Or, qu'est-ce qu'il arrive dans la névrose obsessive dont les symptômes cardinaux se trouvent si fréquemment associés à la folie maniaque dépressive (Bonhoeffer, Heilbronner, Kræpelin, Reiss, Abraham, etc.) ? On peut dire que le futur est là, mais d'une façon rudimentaire et faible, comme le second terme seulement esquissé d'un paysage. Les considérations suivantes montrent ce qu'on peut atteindre avec cette formulation.

D'habitude, dit Straus, nous ne finissons pas nos actes complètement, mais en progressant rapidement, nous les laissons en arrière. Or, c'est parce que mon patient était incapable de progresser dans le futur qu'il devait répéter toujours ses actes. Il y a des années que Janet montre l'incapacité qu'ont ses malades de finir leurs actes. On peut dire qu'ils sont obligés de faire les choses extraordinairement bien. L'homme normal est capable de faire les choses avec une certaine « incomplétude », parce qu'il peut passer facilement à une autre chose. Il ne liquide pas les choses d'une façon objective, mais simplement historique. Notre malade éprouvait le besoin le plus impérieux que ses actes fussent comme il disait « fermés ». Il était esclave d'un besoin extrême de symétrie. Quand il saluait un Monsieur à l'entrer, il devait le saluer au sortir. Quand il allait au cinéma, il devait voir le commencement et la fin. Quand il commençait, même par hasard, à lire une affiche, il devait la lire entière. Quand le concierge ne le saluait pas, il était obligé de retourner chez lui et de sortir une autre fois.

Avec la nouvelle psychologie de la forme (Gestalt), on pourrait dire qu'il était incapable de tolérer les « figures incomplè-

tes », les « structures ouvertes ». Le fait que les symptômes du malade ne soient pas tous interprétables comme absolument hypermoraux montre qu'il faut au moins s'abstenir d'admettre que l'hyperfonction de la conscience morale est le trouble générateur, car il pourrait être aussi secondaire à l'incapacité générale de l'évolution dans le temps et à la nécessité de formes « accusées ». Il n'est pas nécessaire de dire que tous les symptômes de la marche, de l'écriture, du coucher, etc., expriment aussi l'incapacité de finir les actes. On peut même dire que le sublimé apparaît toujours pour signaler qu'un acte n'est jamais fini, soit moralement, soit « géométriquement » (en donnant à ce terme un sens très large). Or, comment peut s'accorder notre théorie avec l'interprétation psychanalytique ? Le symptôme du sublimé comme émergence des tendances sexuelles refoulées, plus ou moins agglutinées avec des idées de châtiment, et le sublimé comme « signalement » d'un ralentissement du temps du moi ? Nous croyons que l'état actuel de nos connaissances sur la névrose obsessive ne permet pas d'arriver à une solution intégrale. Nous laissons cette question ouverte. Pour éclaircir quelle valeur causale on doit accorder aux faits psychanalytiques, il ne faudra pas oublier qu'on ne peut pas caractériser la vie de notre patient comme les normales, en disant qu'elle « commence par le futur » (Ortega Gasset). Par une illusion de perspective le passé apparaît au premier plan, mais cela ne permet pas de dire qu'il soit le facteur causal décisif. Il serait possible que l'impression qu'il donnait d'être déterminé par son passé soit due à la diminution de la détermination par le futur, qui définit la vie normale.

Dans la névrose obsessive, la réduction de la perspective de la vie future paraît se caractériser par l'incapacité extraordinaire que montrent quelques-uns de ces malades de s'envoler, par l'imagination, vers l'avenir. Ils ont un manque frappant de fantaisie, qui est aussi une manifestation du pouvoir d'anticiper l'avenir. Leurs relations avec la réalité sont pour ainsi dire trop parfaites. Ils sont incapables de s'évader de l'existence quotidienne. Mon patient ne faisait jamais ces fantaisies, d'allure plus ou moins mégalomaniaque, qui sont presque la règle dans la jeunesse. Même pour son avenir personnel, il montrait un manque d'intérêt extraordinaire. Il n'avait jamais été amoureux.

Le progrès de l'investigation montrera ce qu'il y a de pro-

blématique et de vrai dans notre étude, et aussi dans celles de Minkowski, Straus et V. Gebssattel. Il est toujours encourageant de savoir qu'on est d'accord avec les tendances modernes de notre culture. Je finirai en disant qu'une des pensées fondamentales de l'œuvre de Heidegger, qui, peut-être, aura pour notre époque, la même signification que celle de Descartes pour la sienne, est celle-ci : le temps est le vrai horizon de la vie humaine.

Bibliographie

1) L. Binswanger. Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte. *Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol.*, 68.1928. — 2) Kahn. Volume V du *Handbuch der Geisteskrankheiten.* — 3) Freud. *Hemmung. Symptom und Angst.* — 4) Alexander. *Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit.* — 5) Straus. *Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung* (paru dans le même numéro que le travail de Binswanger). — 6) V. Gebssattel. Zeitbezogenes Zwangdenken in der Melancholie. (*Der Nervenartz,* numéro V, 1928). — 7. Heidegger. Sein und Zeit. (*Jahrbuch für phänomenologische Forschung,* 1927).

La valeur pathognostique du syndrome de Ganser

Par M. Lad. Haskovec (de Prague)

L'auteur attire l'attention sur le syndrome de Ganser décrit en 1897 et attribué généralement à ceux qui simulent la maladie, aux hystériques détenus, ainsi qu'aux chicaneurs de rente. Il s'agit, entre autre, de ce genre de réponses connues absurdes, insensées, erronées, impossibles, infantiles, négligeantes, « premières venues », nonchalantes, à des manifestations de négativisme, qui produisent sur un homme peu expert l'impression d'une simulation, surtout s'il s'agit de cas judiciaires ou d'individus aspirants à une rente.

L'auteur, en se basant sur ces nombreuses expériences touchant les cas indiscutables, désintéressés, non judiciaires, et, en quelque sorte, fiscaux, exhorte à la prudence.

Il a observé ce syndrome dans des cas de maladies organiques cérébrales, dont il avait déjà fait mention au Congrès des neurologues et psychiatres français, à Luxembourg, en 1921. Il a observé des cas semblables et analogues dans *la démence artériosclérotique,* dans *la paralysie progressive,* dans *la tumeur du cerveau* et dans *l'encéphalite chronique,* ainsi qu'après *le traumatisme* suivi des symptômes nerveux, évidemment d'ordre organique. Il a étudié, dans un autre travail, le syndrome neurologique organique des traumatisés, pris en doute et soupçonnés sans raison de simulation.

Aujourd'hui, il s'entretient du syndrome traumatique organique psychique, y compris le syndrome de Ganser. Il a publié un cas de ce genre dans son article sur le « Langage infantile des adultes et son importance clinique », en 1910, dans la *Revue tchèque neurologique.* Le syndrome psychique, organique, traumatique, se manifeste comme suite d'une contusion (commotion) physique ou psychique ; il peut être passager, curable, mais prend parfois la forme d'une psychose ou d'une démence. Il se fait remarquer par un état de faiblesse et de fatigue psychique, de taciturnité, de paresse, d'apathie, d'im-

pressionnabilité affaiblie, ainsi que par des défectuosités de mémoire et de conscience, par la stupidité, la léthargie, la confusion, des troubles d'orientation, une dépression, une irritation, un état d'hallucination d'aspect maniaque ou paralysiforme. Il cite, *in extenso,* un cas de syndrome de Ganser chez un contusionné, où l'on a accompli une erreur médico-judiciaire, parce que l'on avait pris le malade pour un simulateur, avec toutes les tristes suites de cette décision (1).

L'auteur suppose, dans les cas de syndrome de Ganser, une lésion d'ordre fonctionnel ou organique du centre psychique ou de ses voies (région du 3e ventricule).

---

(1) Un cas de syndrome de Ganser observé au cours d'une tumeur dans la région des ganglions souscorticaux fut considéré par exemple comme une « hystérie de rente » (Rentenhysterie).

Recherches sur l'Equilibre acido-basique chez les anxieux et considérations thérapeutiques

Par MM. Drouet, Hamel et Verain (de Nancy)

Le Professeur Laignel-Lavastine et ses collaborateurs ont montré que, chez les anxieux, existait fréquemment de l'alcalose ; cette alcalose se traduisant par une augmentation du *p*H urinaire, du *p*H du sang et de la réserve alcaline. Dans quelques cas, cette alcalose peut être compensée, seul le taux de la réserve étant élevé.

Nous avons eu l'occasion d'examiner dans ce sens un certain nombre de malades anxieux, les uns internés à l'asile de Maréville, les autres choisis dans la clientèle privée. Nos recherches ont porté sur le sang, et, dans un certain nombre de cas, sur le L. C. R,

Voici nos résultats groupés dans le tableau suivant :

Observations	Sang			L. C. R.		
	*p*H	réserve alc.	calcémie	*p*H	réserve alc.	calcémie
1° Mme Sand... Mélancolie chronique anxieuse de 4 ans. Internée	7.49	67	104 mmg.	7.64	58.4	12 mmg.
2° M. Ben... Mélancolie anxieuse. Interné	7.45	67	135 mmg.	?	57.5	44 mmg.
3° Mme Led... Mélancolie anxieusé. Internée.	7.34	58.4	120 mmg.	7.31	54.5	63 mmg.
4° Mme Pi... Mélancolie chronique anxieuse. Internée......	7.45	69	114 mmg.	7.50	58.4	72 mmg.
5° Mme Vit... Anxieuse. Internée	7.30	53.6	117 mmg.	7.13	42.9	75 mmg.

Observations	Sang			L. C. R.		
	pH	réserve alc.	calcémie	pH	réserve alc.	calcémie
6° Mme Lai... Mélancolie d'involution ; présénile anxieuse. Internée	7.44	59.4	105 mmg.	7.35	46.8	66 mmg.
7° M. Tep... Psychonévrose anxieuse. Interné	7.50	58.8	102 mmg.	7.53	64.5	49 mmg.
8° M. Kw... Dépression mélancolique avec anxiété. Interné	7.60	58.8		7.59	49.7	
9° M. Si... Psychose hallucinatoire. Episode confusionnel avec anxiété. Interné	7.56	67.4	125 mmg.			
10° Mme Foug... Mélancolie anxieuse. Internée	7.43	65.5	108 mmg.	7.19	51	68 mmg.
11° Mme Coll... Mélancolie anxieuse. Internée	7.41	60.5	102 mmg.	?	51	60 mmg.
12° Mlle Pi... Eczéma, anxiété, idées de suicide	7.49	52.5	90 mmg.			
13° Mme So... Anxieuse,	7.41	54.7				
asthénie	R.O C.	100/60	= 40			
14° Mlle Hoff... Eczéma, anxiété, asthénie.		R. O. C.	= 76/48 :			
	7.48	59.6	28			
15° M. Bar... Migraines, angoisses, asthénie...	7.46	61				
16° Mlle Mar... Anxieuse.	7.42	59.4				

Sur ces 16 malades anxieux, 2 seulement sont normaux ou subnormaux (n°s 3 et 5). Tous les autres sont en alcalose.

L'examen de notre tableau suggère quelques observations :

1° *Etude du sang.* — Nous voyons que dans 6 cas (n°s 6, 7, 8, 12, 13, 16) la réserve alcaline se trouve à un taux normal, tandis que le *p*H est élevé. Il y a donc dissociation. Ce fait a déjà été signalé dans d'autres états pathologiques où existait l'alcalose.

Enfin, le taux du calcium est variable, et, du fait de ces variations, ne semble pas devoir jouer un rôle dans le déterminisme des accidents.

Dans les 9 observations en alcalose où le taux du calcium a été recherché, l'hypocalcémie légère existait 6 fois. Or, on sait que l'alcalose s'accompagne souvent de diminution du calcium sanguin.

2° *Etude du L. C. R.* — Nous avons étendu nos recherches au L. C. R. Ce milieu a été peu étudié jusqu'ici, du point de vue de l'équilibre acido-basique. Il est susceptible, cependant, de donner de précieuses indications.

On considère que le *p*H du L. C. R. est un peu au-dessus de celui du sang, aux environs de 7,40, bien que les statistiques sur ce point soient peu nombreuses et varient beaucoup. D'après notre expérience personnelle il nous semble que le taux doive être sensiblement le même que celui du sang, soit 7,35.

Dans 8 recherches, nous l'avons trouvé 4 fois élevé (n°s 1, 4, 7, 8), 2 fois normal (3, 6), 2 fois abaissé.

La *réserve alcaline* n'a jamais, à notre connaissance, été recherchée dans le L. C. R. Nos recherches antérieures nous la font fixer aux environs de 45 à 50 volumes de CO^2, donc inférieure à celle du sang.

Dans 10 cas, nous l'avons trouvé 7 fois au-dessus de la normale, en concordance à peu près constante avec l'augmentation de celle du sang, mais quelquefois dissociée avec le *p*H du L. C. R. (n°s 3, 8, 10).

Le calcium du L. C. R. n'a jamais non plus (à notre connaissance) donné lieu à des recherches. Chez des sujets normaux, nous avons fixé son taux aux environs de 60 et 76 mmgr., soit les 2/3 environ de celui du sang. Nous l'avons trouvé abaissé 3 fois (n°s 1, 2, 7). Et il est à remarquer que, dans les observations 1 et 7, il y avait aussi hypocalcémie sanguine.

Enfin, le Professeur Laignel-Lavastine a insisté tout particulièrement sur les rapports de l'alcalose et de la vagotonie.

Nous n'avons recherché le R. O. C. chez nos anxieux que 2 fois (n°s 13 et 14), et il était augmenté. Dans d'autres états pathologiques, où existait de l'alcalose, les dermatoses, en particulier, nous avons toujours trouvé un R. O. C. exagéré. Cette notion, importante par les déductions que l'on peut en tirer, peut, dans une certaine mesure, permettre le diagnostic d'alcalose, en l'absence de toute autre méthode.

Considérations thérapeutiques

L'alcalose est facile à soigner. On peut lui opposer soit un régime acidifiant, cétogène, soit une médication acide. Nous avons l'habitude d'utiliser dans ce dernier cas 4 sortes de médications.

L'acide phosphorique en limonade, avec 3 gr. à 6 gr. d'acide.

Le chlorure de calcium, en injection intraveineuse de 5 à 10 cc², d'une solution de 10 0/0.

Le chlorure de sodium, en injections intraveineuse d'une solution à 10 0/0 : 10 cc³.

Le sulfate de magnésie, en injections intramusculaires de 10 à 15 cc³ d'une solution à 25 0/0.

Quels sont les résultats de ce traitement ?

Toujours le traitement nous a paru agir sur l'anxiété, soit en la faisant disparaître, soit en l'atténuant.

Quand l'anxiété constitue le symptôme capital, la guérison est évidemment plus facile à obtenir.

Si, au contraire, l'anxiété n'est qu'un symptôme surajouté au cours de psychopathies où un état délirant ou démentiel constitue le fonds de la maladie, on ne peut s'attendre qu'à une sédation des phénomènes anxieux, sans grand effet sur le trouble mental principal.

C'est ainsi que les observations nᵒˢ 1, 7, 12, 13, 14, 15, ont été traitées et guéries par l'acide phosphorique. Les 2 premières (internés) ont quitté l'asile.

Les observations 4 et 8 sont en bonne voie d'amélioration.

L'observation 6, en involution présénile, n'a manifesté aucune amélioration.

L'observation 9, psychose hallucinatoire ou épisode confusionnel et anxiété, a pu sortir très améliorée, au point de vue anxiété, mais dans le même état, au point de vue de sa psychose.

D'autres malades ont été, sans examen humoral antérieur, traités de la même façon, avec résultats intéressants.

Signalons, en particulier, une femme internée précédemment pendant 4 mois pour mélancolie anxieuse, qui revient dans une crise intense. L'absorption de limonade phosphorique permettait de la faire sortir au bout de la quinzaine.

Diagnostic différentiel de la psychasthénie et de la schizophrénie

Par MM. Lafora et Germain (de Madrid)

L'étude psychologique et clinique de syndrome obsessif nous a porté à établir des différences fondamentales entre ses formes de présentation. C'est ainsi que nous admettons :

1° des cas à symptomatologie schizophrénique évidente (symptômes fondamentaux), qui sont accompagnés d'un cortège symptomatique obsessif plus ou moins intense ;

2° des cas de psychasthénie pure, dont le processus obsessif est si intense et important qu'il permet à peine d'apercevoir la symptomatologie fondamentale très discrète, propre à toutes les psychonévroses ;

3° enfin, une série de cas intermèdiaires, chez lesquels l'évolution clinique et l'analyse psychologique montrent tour à tour, et à des moments distincts, soit la première forme, schizophrènique, soit la seconde, psychasthénique.

Cette différenciation clinique a été établie après une étude minutieuse des cas obsessifs décrits par Janet, sous le nom de psychasthénie, et des symptomatologies obsessives, que l'on observe si souvent, soit au début, soit en cours de la schizophrénie pure. Nous avons trouvé qu'il existe de la sorte :

1° des différences phénoménologiques et psychopathologiques entre ces symptômes isolés ;

2° des différences dans l'évolution

3° des différences thérapeutiques.

L'étude précise de ces différences dans chacun des cas servira à rattacher la symptomatologie obsessive soit à la psychasthénie pure décrite par Janet, soit à la schizophrènie. Il ne faut pas se prononcer trop tôt en faveur de la première, car, dans bien des cas, la clinique donne un démenti à notre diagnostic, et ce qui nous avait semblé une psychonévrose est, en réalité, une schizophrénie plus ou moins larvée, dont la symp-

tomatologie fondamentale était passée inaperçue. C'est pour éviter ces possibles erreurs que nous conseillons de bien étudier et d'approfondir ces différences dans chaque cas. De toute façon, nous ne croyons pas que la question soit tranchée de la sorte, car Bleuler, dans ses derniers travaux, parle de la difficulté chaque fois plus grande à admettre des conceptions trop unitaires pour la psychasthénie et dit que le fait de trouver des schizophréniques dans l'ascendance de ces malades, et, par ailleurs, l'alternance de ces deux syndromes chez un même sujet, font penser que, peut-être, ce ne sont là que deux états évolutifs d'une même entité nosologique.

En présence de ces faits, nous conclurons que la rectification que la clinique porte aux concepts théoriques est formelle et détruit la sécurité de nos connaissances sur ce point, sur lequel l'évolution psychiatrique actuelle se trouve en suspens. L'analyse des faits phénoménologiques et psychopathologiques est arrivée à un point mort, qui nous rappelle l'état de choses qui se produisit lors de la séparation des paraphrénies et états paranoïdes schizophréniques.

Discussion

M. Laignel-Lavastine fait ressortir l'intérêt de la communication et émet le vœu qu'elle soit ajoutée à l'ordre du jour du prochain Congrès, afin qu'elle puisse être amplement discutée.

M. de Clérambault, qui préside, promet de transmettre le vœu au Comité.

M. Mira dit, comme secrétaire, que, puisque l'ordre du jour du prochain Congrès est déjà voté, la proposition de M. Laignel-Lavastine ne pourra être retenu que pour le Congrès de 1931.

M. Vermeylen est d'accord avec M. Laignel-Lavastine sur l'importance de la communication et demande également qu'elle fasse l'objet d'une plus ample discussion.

Le Président clôt la discussion en renouvelant sa promesse de transmettre le vœu.

Les injections endoveineuses de solutions hypertoniques en neuropsychiatrie

Par M. E. Mira (de Barcelone)

Je vais exposer les résultats obtenus avec l'application de l'hypertonisation endoveineuse dans 89 cas de névroses et psychoses fonctionnelles.

I. Fondements aprioristiques de la méthode

L'action physiologique des solutions hypertoniques injectées dans le sang est nettement hypertensive, éliminatrice et antitoxique ; elles provoquent la mobilisation des réserves liquides des plasmas interstitiels pour rétablir l'équilibre osmotique, qui a été brusquement altéré par leur présence. C'est pour cela que Fleig attira l'attention (1907) sur leurs possibilités thérapeutiques dans les infections graves. Après lui, Weed, Mc Kibben (créateurs de la méthode dans sa forme actuelle), Foley, Leriche, Wertheimer, Cushing, Sachs, Belcher, Hughson, Fay, Peet, Stevenson, Howe, et d'autres auteurs, ont démontré que l'injection endoveineuse de solutions hypertoniques produit une baisse de la tension intracranienne du liquide céphalo-rachidien, entièrement analogue à celle que produit la ponction lombaire. Conséquemment, ils emploient ces solutions pour diminuer l'hypertension cranienne dans les cas de tumeurs ou de processus inflammatoires et exsudatifs des méninges.

Tenant compte de ces faits, nous avons cru que l'emploi systématique du *nettoyage céphalo-rachidien,* grâce à ces injections, devrait être favorable dans les cas de perturbations neuropsychiques d'origine exo- ou endo-toxique.

II. Technique employée et protocole de l'expérimentation

Nous avons pratiqué 353 injections endoveineuses de solutions hypertoniques, chez un total de 89 cas, 62 femmes et 27

hommes. Voici deux tableaux qui résument la nature des cas et les injections qui ont été utilisées :

Diagnostic clinique		Nombre des cas	Nombre des injections
Neurasthénie	Post-infectieuse	2	7
	Par dysmétabolisme acquis.	6	23
	Constitutionnelle	3	14
Hystérie	de fixation	5	11
	de conversion	9	38
	anxieuse	3	21
Psychasthénie	pure	2	5
	compulsive	11	46
Névrose d'angoisse	Par insatisfaction sexuelle	8	35
	Par déséq. endocr.-végét. prim.	2	7
Mélancolie	essentielles	1	3
	involutive	5	21
Manie	Symptomatique	1	2
	Typique (fol. man. dépr.)	2	3
Schizophrénie	Paranoïde	1	2
	Hébéphréno-catat	12	58
Amentia		1	3
Epilepsie (essentielle)		7	29
Chorée (Sydenham)		2	9
Toxicomanie	morphinique	4	11
	cocaïnique	2	5

Quelques remarques de technique : 1° Nous n'avons fait des injections qu'à des malades dont la tension maximale n'était pas inférieure à 12 cm. (mesuré avec le Vaquez-Laubry et dans des conditions de repos physique et psychique), et la tension différentielle n'était pas inférieure à 4 cm. de Hg.

2° Nous avons fait les injections lentement, en aspirant toujours du sang dans la seringue ; la durée de la plus courte de nos injections a été de 3 minutes.

3° Nous avons fait nos injections loin des heures du repas. Après elles, les malades restaient au lit pendant un minimum de 4 heures (les intervalles entre les injections ont varié de 2 à 7 jours).

4° Nous avons fait enregistrer, avec le plus grand détail possible, tous les phénomènes réactionnels, ainsi que les modifications symptomatiques qui ont été observées.

5° Nous avons supprimé autant que possible toute autre médication pendant la durée de cette expérimentation. Seulement, dans 4 cas de choc, nous avons pratiqué les injections de chlorure de calcium (10 0/0, Merck) et d'adrénaline (1 0/00, Parke Davis).

Protocole expérimental. — Nous ne pouvons présenter ici

Nature et concentration des solutions	Nombre de cas dans lesquels ont été employées	Quantité maximale par inject.	Nombre total d'injections qui ont été données
Solution de ClNa au 20 par mil................	5	20 cc.	9
Solution de ClNa au 40 par mil................	1	20 cc.	1
Solution de So4, Na2, au 30 0/0..................	2	15 cc.	7
Solution de Cl2, Mg au 15 0/0..................	1	20 cc.	2
Solution de bicarbonate de soude au 40 0/0.....	11	40 cc.	31
Solution de glycose au 20 0/0..................	19	25 cc.	56
Solution de glycose au 30 0/0..................	53	20 cc.	180
Solution de glycose au 40 0/0..................	19	15 cc.	41
Solution de glycose au 50 0/0..................	16	10 cc.	18

les histoires cliniques de nos 89 malades. Nous allons nous borner à présenter une synthèse des phénomènes observés par nous après les injections, soit comme réaction immédiate, soit comme effet thérapeutique de celles-ci.

a) Phénomènes réactionnels immédiats. — Seulement dans 58 injections ils ont fait défaut. Dans les 295 restantes, nous avons enregistré les signes d'un choc hémoclasique plus ou moins évident et qui a donné les altérations suivantes :

Perturbations thermiques. — Nous avons observé une hyperthermie de 0,4 à 5° dans le 60 0/0 des cas. Presque toujours,

la fièvre est survenue brusquement, avec des frissons, au bout d'une ou deux heures après l'injection ; elle s'est maintenue pendant une période variable entre 6 et 48 heures, avec disparition par lyse. Cette réaction thermique semble être indépendante de l'âge et du sexe des malades, mais en rapport avec le syndrome clinique préexistant (elle a été observée 64 fois sur 70 chez des hystériques, et seulement 3 fois sur 29 chez des épileptiques). Néanmoins, étant donné le petit nombre des observations, ce rapport pourrait bien être dû à une coïncidence fortuite. En tout cas, cette hyperthermie obéit plutôt à l'action de la médication anti-choc qu'à celle des antipyrétiques.

Nous avons observé de *l'hypothermie* chez deux malades, qui sont tombés à 39°9 et à 35°, avec 70 et 66 pulsations, respectivement à 2 heures de l'injection.

Perturbations circulatoires. — Nous avons enregistré une augmentation de la tension artérielle chez 96 0/0 des malades, que nous avons pu observer à notre aise, pendant les heures consécutives à l'injection. C'est surtout le ClNa qui semble posséder une action hypertensive nette (jusqu'à 6 cm. de Hg). Nous n'avons observé jamais de diminution appréciable, ni de lipothymies.

Perturbations respiratoires. — Elles ont été toujours *secondaires* aux autres troubles observés.

Perturbations secrétoires et excrétoires. — *a*) *Urine.* Nous avons constaté régulièrement une augmentation de la diurèse, qui a dépassé, dans cinq cas, 4 litres dans les 24 heures suivant l'injection. Après 2 injections de ClNa à 20 0/00, nous avons observé une anurie avec congestion rénale, suivie, au bout de 30 heures, d'une diurèse abondante. Après une seule injection de cette substance, à la dose de 10 cc de solution à 40 0/00, nous avons observé ces mêmes phénomènes avec une albuminurie de 3 grammes par litre, qui se prolongea 3 semaines.

Le degré d'acidité urinaire descend beaucoup avec les injections hypertoniques (surtout avec celles de bicarbonate). Nous avons constaté aussi une glycosurie légère et banale dans 31 cas d'injections de glycose (sur 72).

b) *Sudation.* — Nous avons observé une diaphorèse abondante dans le 98 0/0 de nos cas ; ce symptôme a été, par conséquent, plus constant que l'hyperthermie.

c) *Selles.* — 306, sur 353 injections, ont été suivies de diarrhée, avec selles inodores et semi-liquides.

d) Vomissements. — Ils ont été observés seulement dans 3 cas (hébéphrénie, névrose d'angoisse et hystérie de conversion). Toujours ils coïncident avec des malaises céphaliques.

e) Salivation. — La plupart de nos malades se sont plaints de soif et de sécheresse buccale. (Il va sans dire que nous n'avons pas permis l'ingestion de liquides après l'injection).

f) Altérations nerveuses. — Elles se sont présentées dans le 18 0/0 des injections. La plus constante a été la *céphalalgie* occipitale, avec rigidité légère du cou. Dans 2 cas a été nécessaire l'injection d'eau distillée pour la combattre.

Dans l'ordre de fréquences suivent les *paresthésies* (fourmillements, piqûres, sensation de vide dans la tête, etc.), et l'*asthénie,* surtout dans les cas qui ont présenté des phénomènes de choc.

Dans un cas de mélancolie involutive nous avons observé l'apparition de spasmes vasculaires et musculaires, qui ont cédé à l'injection de calcium (5 cc. endovein.).

g) Altérations psychiques. — Nous avons observé une réaction psychique en rapport avec la nature du syndrome préexistant ; néanmoins, nous avons observé une tendance à la *réaction craintive* (peur de la mort), grâce à laquelle nous avons obtenu des confessions intéressantes de la part de deux malades aporioneurotiques.

III. Résultats thérapeutiques

Nous n'avons eu, dans aucun cas, d'aggravation ; dans 26 cas, la méthode est restée sans effet ; dans 35 cas, elle a produit une amélioration des symptômes ; dans 16 cas, on a obtenu une guérison partielle ; dans les autres (12), on peut parler d'une guérison totale. Voici comment se sont distribués ces cas :

Diagnostic clinique	Résultats obtenus avec l'hypertonisation endoveineuse			
	Nuls	Amélor. symtomatique	Guérison partielle	Guérison totale
Neurast. post-infec.......				2
Neurast. par dysmétabol. endog..................	2	4		
Neurast. constitutionelle.	1	2		
Hystérie de fixation......		3	2	
Hystérie de conversion..		2	3	4
Hystérie anxieuse........			3	
Psychasthénie pure......	1	1		
Psychasthénie compulsive..		8	2	1
Névrose d'angoisse par insatisf. sexuelle.......	7	1		
Névrose d'angoisse végétative prim............			2	
Mélancolie essentielle....		1		
Mélancolie involutive....	1	2	2	
Manie symptomatique...	1			
Manie typique (fol. man. dépr.).................		2		
Schizophr. paranoïde...	1			
Schizophr. hébéph.-catat.	7	2	2	1
Amentia (hallucinose)....				1
Epilepsie essentielle.....	2	4		1
Chorée de Sydenham....	1			1
Morphinomanie.........	1	2		1
Cocaïnomanie..........	1	1		
	26	35	16	12

L'examen de ce tableau nous montre que nos meilleurs résultats ont été obtenus (de plus à moins), dans :

la neurasthénie, à base toxique exogène (postinfectieuse) ;
l'hystérie de conversion ;
l'hystérie de fixation ;
l'hystérie anxieuse ;
la névrose psychasthéno-compulsive ;
la mélancolie involutive ;
la névrose d'angoisse non sex. (endocr. végét. acquise).

L'hypertonisation nous a donné aussi de bons résultats dans dès cas isolés de :

hallucinose ;
hébéphréno-catatonie ;
épilepsie essentielle ;
chorée de Sydenham ;
morphinomanie.

En revanche, elle a été inutile dans les cas de :

neurasthénie d'origine endogène ;
mélancolie essentielle ;
manie (symptomatique et typique) ;
schizophrénie paranoïde ;
cocaïnomanie.

Nous pouvons donc conclure que cette méthode doit être employée seulement dans les cas de troubles neuropsychiques, de base primitivement *exogène* (psychique, toxique ou infectieuse), auprès desquels elle produit une triple action : choc (colloïdoclasie), désintoxication et baisse de la tension céphalo-rachidienne.

Nouvelles orientations dans le traitement de l'alcoolisme

Par M. Mira (de Barcelone)

L'A. a essayé plusieurs procédés qui ont été proposés récemment pour combattre l'alcoolisme.

Parmi eux, celui de Francis Hare (v. son livre : *On alcoholism. J. and A. Churchill,* Ed. London), qui est basé dans la création d'un état d'anaphylaxie (on fait coïncider l'administration de l'alcool et de l'apomorphine jusqu'à l'établissement du réflexe conditionnel) lui semble être assez pratique pourvu que l'on compte avec la conformité du malade pour le traitement.

La méthode de Smorodinzawa et Liwschitz, fondée sur l'injection de sérum oxygéné, est bonne pour combattre les effets de l'intoxication éthylique, mais ne sert à rien pour traiter le vice qui la provoque.

L'A. propose d'accepter sa méthode, qui se base dans l'administration prolongée de l'éserine *per os.*

Cette substance diminue la sensation de soif et provoque au bout d'un certain temps une intolérance pour l'alcool — tout au moins dans certains cas.

B. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Un signe pyramidal, succédané du signe de Babinski

Par M. Pedro Maza (de Barcelone)

Nous venons d'observer, chez quelques malades qui présentent des lésions du faisceau pyramidal, un fait peut-être similaire au signe de Babinski classique, c'est-à-dire doué d'une signification tout à fait identique.

Si nous exerçons une pression, au moyen d'un objet quelconque ou d'un doigt, sur le côté dorsal de l'articulation proximale des deux premiers métatarsiens, il se produit une extension très nette du gros orteil, fréquemment associée au phénomène de l'éventail.

Nous avons essayé cette sorte de manœuvre dans les autres articulations métatarsiennes, sans obtenir aucune modification de la position des doigts. Les résultats ont été négatifs, aussi, en faisant un frottement de la peau du pied dans sa partie dorsale, ou bien des piqûres et des picotements.

Le symptôme se développe seulement quand on arrive à comprimer l'articulation mentionnée. Il semble qu'il s'agit d'un réflexe périostique, de sensibilité profonde.

Nous avons recherché le réflexe dans 3 cas d'hémiplégie, dans 2 cas de sclérose multiple, dans 1 cas de myélite type Erb et dans 2 de pachyméningite (l'une luétique et l'autre tuberculeuse).

Le résultat a été absolument négatif chez un des malades sclérotiques, avec Babinski aussi négatif, et toujours dans les cas de syndrome extra-pyramidal, comme ceux-ci : 2 chorées d'Huntington, 1 maladie de Wilson et 3 patients parkinsoniens.

Notre statistique est très peu nombreuse, parce que le phénomène que nous décrivons a été observé par nous tout dernièrement.

Tous ces malades ont été hospitalisés dans la clinique de neurologie de mon cher et respecté maître, le professeur A. Ferrer et Cajigal.

Présentation d'une table de mesure de la chronaxie chez l'Homme et les animaux

Par M. Bourguignon (de Paris)

M. Bourguignon présente une table-appareil, de maniement facile, qui simplifie la prise des mesures de chronaxies, et peut être utilisée sans difficulté par tous les médecins. Dans une salle voisine de celle où a lieu la séance, M. Bourguignon a fait monter une de ces tables. Les congressistes se pressent pour écouter les explications de M. Bourguignon et se rendre compte du grand progrès pratique que représente l'appareil dont M. Bourguignon explique avec clarté le mécanisme.

Quelques observations sur une épidémie d'encéphalite léthargique observée dans un Asile d'aliénés

Par MM. B. Rodriguez-Arias et M. Morales-Velasco
(de Barcelone)

La maladie de Von Economo requiert encore de minutieuses études, aussi bien sur le terrain anatomique et clinique qu'au point de vue étiologique et thérapeutique.

Une des questions les plus brûlantes est, sans doute, l'épidémiologie. Le fait de la contagion, celui du développement des poussées hivernales, la persistance locale de l'infection, ses relations avec la grippe, la variété des formes cliniques, etc., constituent des problèmes incertains et d'intérêt très primordial.

L'opportunité d'avoir pu observer une épidémie irrégulière, mais répétée, depuis l'année 1921 jusqu'à cette date, dans l'asile de femmes aliénées de San Baudilio de Llobregat (dirigé par le Dr A. Rodriguez-Morini), nous induit à faire quelques commentaires d'une certaine importance (1).

Le nombre total des cas recueillis a été de 150 approximativement. Les recrudescences principales se produisirent en 1921, 1922 et 1929. Les autres hivers accusèrent seulement de légères reviviscences.

Le plus important noyau de cas observés (125) en 1922, suivit aussi, comme les autres manifestations, après un délai plus ou moins long, des périodes endémiques aiguës de la grippe, classique par sa rapide et intense contagion, par sa symptomatologie uniforme et par la notion de fréquence dans la région.

---

(1) B. Rodriguez-Arias. — La Neuropathologie en 1923-24. Conférence publiée dans le livre : *La Medicina en el último bienio*, édité par l'Institut médico-pharmaceutique de Ba lone.

Cliniquement, l'hypothèse d'une encéphalite léthargique ne faisait aucun doute. Commencement et terminaison très semblables. Développement simultané de syndromes protéiformes, correspondant aux formes classiques oculo-léthargiques, hyperkinétiques, algiques, cérébelleuses, myélitiques, périphériques, méningitiques, ambulatoires, etc. Fièvre modérée. Apparition ultérieure de reliquats variés, mais surtout parkinsoniens et atrophiques. Manque de symptômes particuliers de la sclérose multiple et de la neurosyphilis diffuse.

Le liquide céphalo-rachidien, analysé en différentes occasions, a démontré l'existence constante d'une petite réaction méningée (augmentation discrète des cellules et de l'albumine totale, globulinose et réactions colloïdales et sérologiques négatives, ainsi qu'une hyperglycose).

Sur le terrain anatomo-pathologique, nous avons pu vérifier deux fois le diagnostic d'encéphalite léthargique. L'examen microscopique, pratiqué avec la collaboration du Dr M. Parrizas (de Barcelone), nous permit de découvrir une hyperémie généralisée du névraxe, un peu plus prononcée dans le mésocéphale, avec petit œdème méningé. L'examen histopathologique, dirigé synthétiquement par le Professeur P. del Rio Hortega (de Madrid), révéla qu'il s'agissait, en essence, d'une infiltration périvasculaire de lymphocytes mononucléaires et cellules plasmatiques (surtout dans les régions mésocéphaliques, cérébelleuses et centrales), avec répercussion parenchymateuse (cellules et fibres nerveuses altérées ou quelque peu détruites et phénomènes de neuronophagie ou neurocytophagie).

Etant donné que le concept d'encéphalite léthargique ou de névraxite épidémique paraît certain, nous nous décidons à communiquer certains détails précieux, que nous avons pu recueillir. S'il est possible, nous publierons plus tard un travail détaillé. Il suffit, à présent, d'indiquer les faits.

Une apparition de grippe a toujours précédé le développement des cas d'encéphalite. Ceux-ci ont été naturellement plus nombreux et graves dans les sections d'aliénés, où la grippe causa des dégâts ordinairement morbides, puisque la mortalité résulta assez faible. De toute façon, dans l'asile, le personnel technique (médecins et infirmiers), et les pensionnaires (patients non soutenus par les institutions de bienfaisance), malgré qu'ils aient souffert de grippe, mais cependant en

proportions non alarmantes, furent libres du fléau (un cas d'encéphalite uniquement). La même chose se produisit dans l'asile des hommes, séparé par un mur mitoyen (avec une population de 1.200 malades), et dans le village de San Baudilio (habité par 4.000 âmes), qui furent également attaqués par la grippe. La reviviscence annuelle des cas s'est produite en règle générale, dans les sections qui avaient été antérieurement les plus touchées.

Nous n'avons effectué aucune investigation du type microbiologique, en partie en raison de difficultés matérielles, et en partie parce que nous le considérions inutile dans nos conditions particulières d'étude.

La contagion fut grande en 1922. L'explication de ce fait curieux pourrait se trouver peut-être dans la nature des malades observés. Beaucoup d'auteurs et nous-mêmes croyons à la transmissibilité limitée de l'encéphalite épidémique, même si l'infection se développait dans des familles nombreuses ou dans des collectivités importantes. Ce qui est arrivé au personnel et aux pensionnaires paraît prouver le raisonnement courant, mais non le restant. La maladie attaqua également jeunes et vieilles, idiotes et démentes, épileptiques, paranoïaques, maniaco-dépressives et schizophréniques, etc., sans que la proportion morbide soit plus importante dans une classe déterminée d'aliénés que dans les autres. La contagion se produisit en masse parfois, étant donné qu'il y eut certains jours 8 et 10 invasions. Au contraire, dans le restant des cas, et plus particulièrement durant les reviviscences annuelles, le mode de transmission fût lent et difficile, quelque peu similaire à celui des observations de contagion hospitalière citées dans la littérature. Il faut admettre, par conséquent, l'existence de formes chroniques prolongées, responsables de la vitalité du virus encéphalitique. Toutefois, ces formes subaiguës et chroniques adoptaient presque le même aspect clinique que les séquelles. Les précautions d'isolement donnèrent, certaines fois, des résultats immédiats.

Malgré que la variété des formes cliniques ait constitué un fait évident, jusqu'au point de développer des symptômes primordiaux distincts chez des malades dont l'invasion se réalisait en même temps, toujours prédominèrent les troubles cérébelleux (ataxie et asynergie, sans nystagmus, en réalité), associés ordinairement à la léthargie et aux signes oculaires. Le délire, l'agitation, les phénomènes méningés et le mauvais

état général furent rares, comme, également, les syndromes névritiques, myélitiques et primitivement extrapyramidaux.

La fièvre modérée et quelques perturbations gastro-intestinales insignifiantes apparurent toujours. La même chose se produisit avec une blépharo-conjonctivite, du type catarrhal aigü, sans sécrétion purulente. Quelques cas présentèrent, en outre, des érythèmes d'aspect scarlatiniforme.

En ce qui concerne le restant des manifestations cliniques, nous ne pouvons rien dire de plus que ce qui est déjà su depuis longtemps (algies, paralysies, signes réflexes, hyperkinésie, participation bulbaire et psychique, etc.). Il est possible que les douleurs fulgurantes des jambes et l'inversion du rythme du sommeil se soient détachées quelque peu.

L'évolution fut favorable durant la période aiguë de la maladie, par moyen terme 2 ou 3 semaines. Les troubles bulbaires et la gravité de l'infection causèrent une mortalité de 15 0/0.

Finalement, comme séquelles, nous n'avons rien noté de spécial. Il faut observer, cependant, que les altérations mentales post-encéphalitiques (irritabilité, hallucinations, crises dépressives, avec tendance au suicide, etc.), si elles existèrent, passèrent inaperçues. Et ceci est d'autant plus curieux que, en pleine évolution du procès infectieux, nous trouvions à peine des modifications du psychisme, qui défigurèrent le cadre propre de la folie ou du syndrome déficitaire.

La thérapeutique, aussi bien dans la période d'évolution que dans celle des séquelles, a consisté dans les pratiques vulgaires d'isolement, diététique et antisepsie locale, et dans l'usage des médicaments popularisés : protéine, salicylate sodique, urotropine, iode et arsenic.

Les enseignements que nous avons retirés de l'épidémie de névraxite observée à l'asile de San Baudilio sont, à notre avis, les suivants :

Que l'encéphalite léthargique est beaucoup plus diffuse et protéiforme que les auteurs supposent, inclusivement pendant une même recrudescence épidémique.

Que l'aliénation mentale paraît être une cause favorable à la contagion et persistance du procès infectieux, sans qu'elle influe dans le déterminisme des lésïons et sans être modifiée par lui.

Que la grippe garde d'étroites relations avec l'encéphalite et le fait de recrudescence hivernale, difficiles encore à préciser.

Qu'il est très probable que les formes prolongées assurent la perpétuité de la contagion, massive ou limitée, à travers les années.

Que les syndromes cérébelleux ne sont pas aussi exceptionnels qu'on le prétendait.

Que les inflammations de la muqueuse oculaire et les érythèmes peuvent apparaître fréquemment.

Que le problème des séquelles mentales chez les aliénés encéphalitiques nécessite une révision.

Et que la mortalité atteint une proportion réduite, même dans des circonstances épidémiques désagréables.

La base anatomique de l'emprosthotonos

Par Mme le Dr Nathalie Zand

L'étude du centre de la station comprend quelques étapes : la première date de l'an 1896, lorsque *Sherrington* a trouvé que l'animal privé de son cerveau présente une rigidité musculaire ; la deuxième embrasse les expériences de *Horsley et Thiele, Magnus, avec son école,* et d'autres, qui voulaient préciser de quelle partie du système nerveux dépend cette rigidité nommée par *Sherrington* « décérébrée ». Il faut souligner, dans cette période, les travaux de *Rademaker,* qui annonça que l'état de rigidité décérébrée ne peut apparaître qu'après la lésion des noyaux rouges.

La troisième période est caractérisée par les recherches des auteurs précités, qui démontrèrent que le segment du système nerveux capable d'engendrer la rigidité décérébrée s'étend depuis les noyaux rouges jusqu'à la moitié du bulbe rachidien (jusqu'au niveau du noyau de la VIIIe paire). Il faudrait en conclure qu'au niveau du bulbe siège une formation qu'on pourrait nommer « le centre de la rigidité décérébrée ». Les travaux de *Hunter* (1924), ont prouvé que ce centre ne coïncide pas avec le noyau de Deiters, comme on le faisait supposer (*Horsley et Thiele, Bazett et Penfield*). Il nous fut possible de prouver qu'il *est représenté par les olives inférieures.* L'expérience appropriée consistait en production de la rigidité décérébrée chez le lapin et en destruction consécutive d'une olive inférieure ; la moitié contralatérale du corps est devenue flasque.

Or, le centre de la rigidité doit être en même temps le centre de la station, puisque l'état de la rigidité n'est autre chose que le réflexe de la station exagérée d'une manière pathologique (« standing reflex » de Sherrington).

Pour vérifier l'hypothèse que les olives inférieures président à l'acte de la station, nous avons comparé ces organes chez

les animaux capables de se tenir sur les deux membres postérieurs avec ceux qui sont quadripèdes en permanence.

La station bipède étant plus difficile, il fallait attendre que les olives soient chez ces animaux mieux développées. L'examen a confirmé notre supposition (1).

Le travail présent a pour but d'analyser le phénomène de l'emprosthotonos, qu'il faut considérer comme une déformation partielle de la position verticale du corps.

La position spéciale de la tête qui accompagne certaines tumeurs cérébrales ou cérébelleuses a attiré depuis longtemps l'attention des cliniciens (*Oppenheim, Batten, Gordon, Kluge* et d'autres). Dernièrement, *Stenvers* a consacré un grand travail à cette question et, en se basant sur l'analyse anatomo-clinique de 10 cas, est parvenu à la conclusion, que l'emprosthotonos accompagne certaines tumeurs de la loge postérieure du crâne. En outre, il affirme que, tandis que l'opisthotonos se rencontre aussi bien dans les néoplasmes situés au-dessous de la tente du cervelet que dans ceux situés au-dessus d'elle, *l'emprosthotonos ne peut apparaître que lorsque la tumeur siège au-dessous de cette membrane;* aussi bien l'opisthotonos que l'emprosthotonos dépendent des conditions purement mécaniques qui consistent en rapport qui existe entre le crâne et les vertèbres, et en circulation du liquide céphalo-rachidien plus ou moins obstruée par suite de la présence d'une tumeur dans la loge postéreure du crâne. La flexion de la tête en avant paraît créer une communication plus facile entre le 4e ventricule et la citerne cérébello-médullaire. Il est clair que l'interprétation des phénomènes devient bien difficile, lorsque *Stenvers* veut trouver l'explication de l'opisthotonos qui apparaît dans les conditions identiques, c'est-à-dire au cours des néoplasies, situées au-dessous de la tente du cervelet. Il essaye d'expliquer qu'alors la flexion de la tête en arrière facilite l'écoulement du liquide du 3e ventricule vers le 4e. Quant aux cas où la tête reste en position normale, malgré la présence d'une tumeur cérébelleuse, l'auteur pense que la circulation du liquide céphalo-rachidien est bloquée à tel point qu'aucune position de la tête ne peut plus l'influencer favorablement.

---

(1) *Archives du Muséum d'Hist. Nat.* Paris, 1927, t. II.

Stenvers nie catégoriquement qu'un centre nerveux puisse intervenir dans telle ou autre position de la tête.

Dans le travail qui s'occupe de la déformation de la ligne verticale du corps dans la maladie de Parkinson, dans le parkinsonisme post-encéphalique, et dans la débilité sénile, nous avons lié ce symptôme clinique à la *dégénérescence du centre de la station,* c'est-à-dire des olives bulbaires.

L'emprosthotonos considéré comme fragment de la déformation précitée devrait s'accompagner également d'une lésion des olives. Le cas présent nous a permis de contrôler cette hypothèse. Il concernait un garçon de 4 ans (1) qui se plaignait de céphalées avec vomissements, depuis 6 mois. Le malade présentait : nystagmus vers le côté gauche, œdème papillaire, asynergie et *emprosthotonos.* La tête fut penchée en avant et à gauche (Fig. 1 et 2). L'examen post-mortem décela une tumeur cérébelleuse descendant vers le bulbe rachidien. La surface externe du cervelet fut comprimée, les circonvolutions effacées. Une coupe horizontale permit de voir que la tumeur a détruit toute la partie médiane du cervelet depuis son pôle antérieur jusqu'au postérieur, qu'elle pénétrait au sein des hémisphères cérébelleux, surtout du côté gauche. Le bulbe rachidien a eu le plancher du 4e ventricule détruit par le néoplasme qui pénétrait dans le tissu nerveux profond. Au microscope, il fut reconnu comme gliome.

Les olives bulbaires présentaient un *appauvrissement notable en cellules nerveuses:* au lieu de 4-5 rangées on n'y comptait que 2-1 rangées ou même, par places, point de cellules.

Le degré de lésions fut différent aux différents niveaux ; ainsi le pôle supérieur des olives fut mieux conservé, il ne présentait qu'une diminution du nombre des cellules au sein du feuillet dorsal de l'olive droite et du feuillet latéral (proche de la surface externe) de l'olive gauche.

Au fur et à mesure qu'on se rapproche du pôle inférieur, les lésions augmentent du côté droit et diminuent du côté gauche, de sorte que la moitié inférieure de l'olive droite ne contient que des traces de cellules nerveuses, tandis

(1) Le cas fut présenté par le Dr Simchowicz à la séance de la Société Neurol. de Varsovie, le 16 juin 1928. Un compte-rendu est cité dans la *Revue Neurolog.*, 1928, t. II, p. 485. Pour la permission d'examiner ce cerveau, je remercie Dr Simchowicz.

que l'olive gauche se rapproche plus ou moins de la normale : il ne manque qu'un certain nombre de cellules au sein du feuillet latéral, le plus rapproché du pourtour externe de l'olive et du feuillet dorsal orienté vers le 4e ventricule.

La méthode de Weigert-Pal a montré une déformation de l'olive droite, un aplatissement de ses circonvolutions, une dégénérescence des fibres nerveuses cérébello-olivaires zonales du côté droit. Les terminaisons des fibres nerveuses s'épanchant en éventail au sein de la substance grise olivaire, présentent aussi une dégénérescence visible, de même que le hile olivaire droit.

La substance blanche du côté gauche est restée normale.

En résumant, nous pouvons dire que dans notre cas l'emprosthotonus fut lié à une dégénérescence de notre centre hypothétique de la station des olives bulbaires, qui furent partiellement lésées. Nous sommes prêts à croire que cette lésion fut la cause anatomique du symptôme clinique.

L'emprosthotonus présente un fragment de la déformation générale de la ligne verticale du corps (comme nous la voyons dans la maladie de Parkinson et d'autres) n'intéressant que le segment supérieur céphalique.

Nous avons appris depuis les travaux de *Wilson* à distinguer des fragments analogues dans la « rigidité décérébrée » concernant soit un segment du corps, soit même un segment de membre. La rigidité décérébrée n'étant que le négatif de l'état décrit par nous, nous avons bien le droit d'y appliquer les mêmes conceptions. A une déformation partielle correspond une dégénérescence partielle des olives bulbaires ; à la prédominance de la flexion de la tête à gauche, correspond la prédominance de la lésion de l'olive droite.

Une telle influence d'une olive sur le côté contralatéral du corps cadre bien avec nos expériences précédentes qui ont démontré que la destruction d'une olive fait disparaître la rigidité de la moitié opposée du corps.

Les faits précités semblent parler en faveur de l'hypothèse que *les olives possédent une topographie spéciale pour différents segments du corps.* Ici a dégénéré le centre présidant aux synergies de la nuque, situé dans la partie inférieure des olives.

(Laboratoire Neurobiologique de la Société scientifique de Varsovie).

Quelques remarques sur le tonus extra-pyramidal

par M. Perpina Robert (de Barcelone)

L'observation des malades présentant un syndrome pallidal nous fait remarquer les deux faits suivants :

1) Tout d'abord, quelques malades bradykinétiques n'étaient pas rigides ; on ne trouvait pas chez eux les signes des états hypertoniques.

2) En outre, quelques malades, à leur entrée dans la clinique de notre maître, le professeur A. Ferrer Cagigal, tremblants et rigides, en sont pourtant sortis très améliorés, tant en ce qui concerne leur état hypertonique que leur tremblement ; celui-ci avait beaucoup diminué, et, dans quelques cas, disparu.

Cependant, fait également noté dans les observations de quelques auteurs (Verger, Cruchet, Lhermite, etc.), la *bradikinésie persistait.*

L'hypothèse jusqu'à aujourd'hui soutenue par Wilson et son école, sur la pathogénie des états dystoniques, relie la rigidité, les spasmes à un déficit du frein représenté par l'action des centres pallido-nigériens sur les cellules tonigènes à destination végétative. Donc, selon cette théorie, les syndromes bradykinétiques, l'akinésie, pouvaient naturellement s'observer chez les malades rigides et en état d'hypertonie.

Egalement, la gêne et le ralentissement des mouvements, l'hyperviscosité de la marche et des gestes, l'avarice de toute gesticulation superflue, s'expliquaient facilement par la rigidité extrapyramidale.

Mais comment expliquer les syndromes bradykinetiques spontanés et ceux qui apparaissent après un traitement de l'hypertonie et des tremblements ?

Les deux symptômes, rigidité et bradycinésie, ne dépendent pas l'un de l'autre ; ils coexistent. Dans quelques cas, croyons-nous, le ralentissemnt moteur, l'apathie, l'immobilité sont fonction de l'hypertonie ; mais dans un plus grand nombre

de cas, quand il y a hypotonie, ou lorsque le tonus est normal, il faut chercher une autre explication, une autre pathogénie, pour expliquer les syndromes bradykinétiques.

C'est cette bradycinésie isolée, ou celle qui apparaît après les traitements adressés à la dystonie, celle que Lhermitte a décrite, qui a fait l'objet de nos recherches et de cette communication.

Pour nous donner une critérium approprié à propos des états bradykinétiques et du tonus extrapyramidal, nous avons voulu enregistrer ici l'action sur le tonus extrapyramidal de certaines drogues, pour nous rendre compte de la façon d'être de ce tonus, de sa manière de répondre aux agents pharmacodynamiques, à certains alcaloïdes et à quelques sels.

Nous avons donné à nos malades, hospitalisés dans notre clinique de Neurologie de la Faculté de Médecine, des sels de calcium et de strontium; en outre, nous avons soumis ces mêmes malades à l'action des alcaloïdes du groupe des solanacées : l'atropine et la scopolamine-hyoscine.

La technique a été la suivante :

Avant tout, nous avons cherché à faire disparaître l'excitabilité anormale des centres tonigènes, par une médication bromurée ou boratée intensive pendant deux mois. Après cette médication préparatoire, nous avons cherché à élever le seuil d'excitation neuro-musculaire par des injections, par voie endoveineuse, de solutions de chlorure de calcium à 20 0/0 pendant trois mois (chaque jour une ampoule de 5 cc.).

En outre, d'autres malades ont été traités par les sels de strontium, le bromure surtout, pendant un temps plus long, cinq ou six mois « *per os* » après une préparation par le chlorure de calcium.

Selon les cas, nous avons donné à nos post-encéphalitiques, suivant les règles du professeur B. Rodriguez-Arias, du cacodylate de soude, de l'urotropine, du gardénal, etc...

Après ces traitements de préparation, pour ainsi dire, nous avons fait à nos malades un traitement intensif jusqu'à ce qu'ils présentent des signes d'intolérance ; nous avons fait pratiquer chez eux des injections quotidiennes de scopolamine, hyoscine ou atropine, ou les deux choses à la fois : deux milligrammes par jour, trois, jusqu'à cinq dans 24 heures.

Dix malades des deux sexes ont été traités de cette façon pendant une période non inférieure à trois ans. Notre maître,

le professeur Ferrer Cagigal, a guidé chaque jour nos recherches.

Ces malades, dont, faute de place, nous n'apportons pas en détail les observations, les graphiques, les explorations, les analyses, les photographies, ont été classés de façon suivante :

Six anciens encéphaliques.
Deux cas de sclérose cérébrale (Akinésie sénile).
Un cas de Parkinson essentiel.
Un cas de chorée chronique avec rigidité.

Tous les jours, nous avons eu les mêmes résultats ; une atténuation des phénomènes pathologiques, rigidité, tremblement, crises d'hypertonie, mais faisant place à une akinésie très marquée, souvent sans aucun autre trouble pathologique.

La rigidité s'atténue de façon très remarquable, mais en faisant place à une bradykinésie impressionnante. C'est précisément ce qui nous a poussé à intervenir ici, pour y exprimer la pensée de notre maître, le professeur Ferrer Cagigal, et la nôtre, en disant que le tonus extrapyramidal et l'akinésie sont deux faits qui n'obéissent pas à la même cause : un trouble dystonique profond ; alors que la rigidité disparaît ou s'atténue par l'action d'une substance paralysante du système végétatif, l'akinésie n'est pas influencée par cette action — *donc d'une nature essentiellement différente* — apparaît seule et non masquée par l'hypertonie.

C'est donc l'épreuve pharmacodynamique qui nous permet de nous rallier aux idées soutenues par les auteurs déjà cités de l'école de Bordeaux et qui nous permet de démontrer avec eux *la dissociation, à l'aide des substances réactives, de ces deux éléments, jusqu'à aujourd'hui si unis, du syndrôme pallidal : l'hypertonie et la bradykinésie.*

Comment expliquer alors la bradykinésie ?

Elle n'est pas, selon notre façon d'envisager les choses, le résultat de l'inhibition du frein pallido-nigerien sur les voies tonigènes médullaires à destination parasympathique.

La rigidité et le syndrôme hypertonique en sont l'expression clinique la plus pure.

L'action des substances réactives fournit la preuve de cette assertion.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'akinésie et les syndromes bradykinétiques ; leur résistance à l'action des

substances qui ont une action si nette sur la dystonie extrapyramidale ; leur persistance après la disparition de la rigidité ; leur existence isolée, idiopathique, pour ainsi dire, qui constitue seul cette bradykinésie, le fond même de trouble qui traduit l'affection du noyau isomorphe, le globus pallidus, permettent de nier une pathogénie commune pour les deux syndromes.

Les syndromes bradykinétiques sont le résultat, nous en sommes sûrs, de l'intoxication musculaire par les produits cataboliques, l'acide lactique, la créatinine, qui, en enveloppant le muscle d'une atmosphère toxique le rendent indifférent aux excitations nerveuses.

Nos investigations sur le fonctionnement hépatique permettent de nous dire qu'il y a, chez ces malades, un affaiblissement de l'activité de la glande au point de vue de sa capacité à métaboliser le glucose.

Donc, l'épreuve pharmacodynamique met en relief l'efficacité des substances à action hypotonigène ; sels de calcium et de strontium et à action hypovégétative — hyoscine-atropine — sur la rigidité et sur l'hypertonie.

Les syndromes bradykinétiques, au contraire, restent inaccessibles à l'action de ces substances ; la même pathogénie ne relie donc pas ce symptôme à la rigidité et à l'hypertonie.

S'agit-il d'une action de déficit fonctionnel psycho-moteur lié à la bradypsychie si générale chez ces malades, comme l'écrivent Werner et Cruchet ?

Peut-être ; l'avenir, nous voulons le croire, mettra un peu plus de clarté dans cette question si profondément troublante qu'est le mécanisme et la pathologie du tonus musculaire et de ses relations avec les fonctions supérieures de notre mystérieux conscient et subconscient.

Un cas de dyssynergie cérébelleuse myoclonique

par M. Banus-Abaunga

Un cas de tumeur du quatrième ventricule diagnostiqué « in vivo »

par M. Banus-Bueno

Encéphalite au cours de la rougeole

par MM. Tolosa et E. Monte

C. COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE

L'Etiologie de la « Folie morale »

Par M. Laignel-Lavastine et M. Fay (de Paris)

La « Folie Morale » est le nom qu'on donne communément comme synonyme de *Psychose perverse*. On la considère trop souvent encore comme une entité morbide, et le nom de débilité morale, qui lui est parfois donné, lui fait prêter dans la nosologie une place voisine de la débilité mentale.

Tel n'est pas notre avis, car il nous apparaît que la « Folie Morale » est un syndrome, dont l'étiologie peut, dès maintenant, être précisée et d'autant plus utilement qu'il présente des caractères un peu différents suivant les causes qui en déterminent l'apparition.

Ce que Delmas et Boll en particulier ont décrit sous le nom de *constitution perverse* est un état mental congénital caractérisé par la faiblesse des aptitudes éthiques rendant le sujet difficilement adaptable aux conditions sociales et morales normales de son milieu. C'est là, à proprement parler, la *débilité morale*. De tels sujets sont éducables toutes les fois où il est possible d'éveiller en eux des intérêts propres à susciter habituellement des actes ayant une portée morale : l'observation clinique, la recherche des antécédents héréditaires, et quelques heureux résultats thérapeutiques font regarder cette fragilité morale comme une des manifestations de syphilis héréditaire. L'hérédo-alcoolisme doit fréquemment aussi être invoqué, en particulier chez les débiles moraux excités et hyperémotifs, sujets à des réactions violentes ou toxicomaniaques. Sur ce point, on peut consulter certaines statistiques américaines, où la descendance d'alcooliques avérés a pu être suivie pen-

dant de nombreuses générations et a fourni un nombre élevé de délinquants et de criminels (1).

Chez ces malades, une éducation mal conduite, des circonstances propres à réduire les très faibles aptitudes éthiques encore existantes, des troubles émotifs, ou encore une avidité excessive sont susceptibles d'amoindrir encore l'adaptabilité au milieu social au point de permettre le développement rapide de perversions faussement dites instinctives et qu'il sera très difficile, sinon, impossible, de corriger.

Nous venons d'indiquer le rôle des chocs émotifs sur le développement des perversions chez les débiles moraux, mais il est nécessaire de souligner que les émotions suffisent à faire éclore des perversions, même chez des sujets normaux ou chez lesquels les tendances éthiques sont très développées. Il arrive ainsi que coexistent de véritables perversions acquises, chez des individus de moralité par ailleurs élevée. C'est le cas de R... L., âgé de 19 ans, d'une moralité parfaite, mais qui, à la suite de vols répétés, est soumis à notre examen. Nous apprenons de lui qu'à l'âge de 5 ans, chez sa grand'mère, il voyait souvent celle-ci laisser sur la table sa bourse. Il admirait et enviait cette bourse bien garnie, et souhaitait avoir sur lui aussi de l'argent. En une circonstance, plus spécialement tentante, il prit une pièce de deux francs, et en éprouva une violente émotion ; il aurait voulu la remettre en place, mais l'occasion ne s'en présenta pas, et personne ne s'aperçut du larcin. L'impunité, la facilité du vol, l'émotion éprouvée, le plaisir de regarder la pièce volée, constituèrent un événement émotif, qui devait retentir sur la suite de sa vie. Ce furent d'abord de petits larcins, puis, avec l'âge, des vols plus importants, dont ses parents furent victimes, puis parfois des étrangers. L'émotion du vol prit presque un caractère impulsif ; elle se continuait par l'émotion de la possession ; celle-ci assouvie, il dépensait ridiculement et sans plaisir, éprouvant, au-dessus de tout, l'émotion de montrer un portefeuille bien garni ou simplement de savoir qu'il avait sur lui beaucoup d'argent. Puis vinrent les vols d'argenterie, de bijoux ou d'argent avec effraction à propos desquels on jugea utile de

---

(1) L'un de nous a montré qu'environ 60 0/0 des jeunes détenus, de la région de Paris, pour vagabondage avec mœurs spéciales, instabilité, paresse, étaient à la fois profondément illettrés et toxicomanes.

H.-M. Fay. — Notes sur les causes psychiques et sociales du premier délit chez les jeunes gens. *Inst. Génal et Psychol.*, 19-6-12.

nous consulter. R. reconnaît que ses actes sont mauvais, les regrette sincèrement et lutte pour les éviter ; on trouve chez lui le conflit douloureux de l'homme, dont la sphère éthique est intacte et qui se débat contre une perversion systématisée.

Les perversions sexuelles, chez les hyperémotifs à niveau éthique élevé, prennent toujours leur origine dans des chocs émotifs (1).

Lorsque le débile moral est entré dans la période active des perversions, on est justifié à employer pour le désigner les mots de Folie Morale. Ce qui caractérise la débilité morale est la globalité de la déficience éthique, tandis que dans la folie morale il y a en plus une prédominance des troubles de l'une ou de plusieurs parties de la sphère morale. Le caractère impulsif ou obsédant des perversions suppose toujours l'intervention d'un choc émotif.

A côté de ces troubles qui sont, à tout prendre, l'un et l'autre, dépendants du caractère de l'individu, se placent des *syndromes de la Folie Morale acquise ;* ce qui les caractérise, c'est qu'ils peuvent se développer sur des terrains parfaitement indemnes de débilité morale, ou d'hyperémotivité.

C'est ainsi, qu'au point de vue étiologique, nous pouvons reconnaître quatre groupes de causes au syndrome qui nous intéresse :

1. Causes constitutionnelles. — Elles ont fait l'objet des lignes qui précèdent ;

2. Causes toxi-infectieuses :

a. Hérédo-alcoolisme.

b Hérédo-syphilis.

Elles se confondent en grande partie avec les causes constitutionnelles, mais cela est surtout exact pour l'hérédo-alcoolisme qui frappe de façon définitive la cellule nerveuse. Pour ce qui regarde la syphilis, elle n'imprime pas toujours au caractère sa marque d'une façon indélébile, puisque la clinique nous a appris que le traitement spécifique améliore quelquefois la folie morale. Nous ne croyons toutefois pas qu'un traitement arsenical intensif soit sans inconvénient chez

---

(1) Voir à ce sujet H.-M. Fay. — *8 leçons de psychiatrie infantile à l'usage des éducateurs.* Edition espagnole, chez Bruno del Arno, Madrid, 1928.

l'enfant, car l'arsenic reste un poison de la cellule nerveuse, surtout jeune ; pour cette raison, nous lui préférons les traitements bismuthiques ou mercuriels, qui nous ont donné des résultats heureux.

L'encéphalite épidémique. Cette affection dans ses formes chroniques produit des réactions antisociales qui prédominent nettement chez l'enfant. Elles se présentent sous trois formes différentes, ainsi que l'a exposé l'un de nous (1) : dans la première, les vols, fugues, réactions coléreuses, mensonges, tentatives de rapprochement sexuel portent les marques d'un puérilisme d'autant plus évident qu'il est lié à un état d'excitation hypomaniaque. Ces malades impulsifs et intimidables diffèrent par cela même des pervers constitutionnels.

Dans la seconde forme, il s'agit de *débiles moraux aggravés par l'encéphalite.*

Dans la troisième, les *perversions sont acquises du fait de l'encéphalite.*

Ici, les perversions sont, au moins dans les cas que nous avons observés, empreintes d'un puérilisme, d'un illogisme, d'une telle énormité parfois qu'on ne peut se défendre de leur reconnaître un caractère quasi-démentiel.

V..., garçon de 10 ans, parfaitement normal jusquà l'âge de 7 ans, a été atteint, à cette époque, d'encéphalite épidémique, dont le diagnostic n'a été fait que plus tard. Depuis, son caractère s'est modifié, il est devenu menteur, querelleur, méchant et cruel avec les animaux surtout, mais ce qui domine chez lui, c'est la propulsion au vol, avec préférence nette pour les vols d'aliments. Vols puérils, sans utilité pratique et sans avantage pour son auteur et au sujet desquels il ne donne aucune explication. C'est ainsi qu'entré dans une boulangerie-pâtisserie avec une voisine, celle-ci, sachant sa tendance au vol et le voyant mastiquer, lui demande ce qu'il mange, et V... de lui répondre, la bouche pleine, « rien ». Comme ses mains étaient poisseuses, on est amené à le fouiller et on découvre que ses poches de veston sont pleines de gâteaux à la crème écrasés pêle-mêle. En présence du fait, V... paraît étonné et nie avoir pris quoi que ce soit.

(1) Laignel-Lavastine. — Réactions perverses des enfants atteints d'encéphalite épidémique. *Semaine des hôpitaux de Paris*, 9 avril 1926, p. 175-177.

De tels vols plus ou moins gros se renouvellent assez souvent pour que la surveillance de l'enfant doive être très serrée. L'interrogatoire a permis d'établir avec certitude que V... ne commet pas de vols inconscients ; il les combine au contraire avec beaucoup de soin et les exécute avec adresse. Le caractère puéril ou démentiel ne se déduit que de l'inutilité, l'énormité, la stupidité du vol, et de sa négation ridicule par son auteur.

Les manifestations antisociales de l'encéphalite chronique peuvent se présenter, soit de façon continue et durable, soit de façon intermittente.

3. Causes endocriniennes.

a) Insuffisance hypophysaire. Nous avons observé quelques rares enfants chez lesquels des troubles sérieux de la sphère morale étaient liés à une insuffisance hypophysaire.

G..., fillette de 11 ans. Sa mère nous la conduit, parce que, depuis un an environ, l'enfant est devenue moins aimable, mais surtout vole. Elle vole n'importe quoi, pourvu que ce soit comestible : pain, fruits dans les vergers le long de la route ; un jour, à l'école, elle prend dans la musette d'un ouvrier, ce qu'il avait apporté pour son déjeuner. Elle mange tout ce qu'elle prend et a beaucoup engraissé. Elle se plaint en classe de ce que sa mère la prive de nourriture et l'envoie sans rien pour déjeuner à midi. Apitoyée, la directrice lui donne de quoi manger pendant plusieurs semaines. En réalité, l'enfant était bien nourrie chez elle, mais préférait jeter dans la rue ce qu'on lui donnait à emporter et qu'elle n'avait pas, faute d'appétit suffisant, absorbé avant d'arriver en classe. La vacuité de son panier justifiait ensuite sa mendicité et ses vols dans les paniers de ses camarades. L'enfant est d'une émotivité plutôt faible. Le point qui domine le tableau est ceci : depuis bientôt deux ans, G., qui est très petite pour son âge, n'a pas grandi d'un centimètre, sa taille n'a subi aucune variation. Soupçonnant un trouble hypophysaire, nous avons ordonné des injections d'hypophyse totale.

L'enfant grandit aussitôt de 2 cm en 15 jours et 3 cm en un mois. En même temps, ses perversions disparurent avec une rapidité incroyable et elle reprit le caractère agréable, qu'on lui avait connu autrefois.

Chez d'autres enfants, la coexistence de l'arrêt du développement statural et de l'apparition des perversions morales,

nous ont conduit au traitement hypophysaire avec un même résultát heureux.

b) Insuffisance orchitique. Il s'agit de l'insuffisance de la sécrétion interne du testicule qui paraît être une cause dans le développement de l'inversion sexuelle qui domine tout un groupe de perversions instinctives. Elle explique les anomalies sexuelles de certains vieillards, non touchés par la démence, de nombreux infantiles et de beaucoup d'efféminés. Ces perversions et même l'inversion sexuelle s'améliorent et peuvent parfois guérir sous l'action du traitement endocrinien, à condition toutefois que les malades ne présentent pas une émotivité excessive ou anormale. Il est nécessaire en effet avant d'entreprendre le traitement de reconnaitre si l'inversion sexuelle n'est pas simplement le résultat d'un trouble émotif; dans ce cas, le traitement endocrinien serait plus nuisible qu'utile, en provoquant des crises de besoin génital, que le sujet dévierait forcément en raison de son trouble émotif.

c) Insuffisance thyroïdienne. Dans ces cas, l'insuffisance morale est la conséquence de l'insuffisance intellectuelle, et guérit en même temps qu'elle et dans la même proportion. Les perversions des hypothyroïdiens sont limitées en nombre et ont nettement le caractère d'habitudes vicieuses prises en raison du manque de discernement et de la suggestibilité de ces débiles.

Recherches sur les causes pathologiques de la délinquance infantile et criminelle

par MM. Drouet et Hamel (de Nancy)

Les auteurs français sont, en général, d'accord pour reconnaître l'importance capitale des facteurs pathologiques dans l'étiologie de la délinquance infantile. Heuyer dans sa thèse (1914) étudie les enfants anormaux et délinquants et montre qu'il est pratiquement impossible de les séparer.

Nous acceptons volontiers la classification suivante, due à André Collin et Heuyer, qui distinguent les enfants délinquants en 6 catégories :

1° Normaux pervertis.
2° Débiles mentaux simples.
3° Instables pervers avec ou sans débilité.
4° Epileptiques.
5° Hystériques.
6° Insuffisants glandulaires.

André Collin fixait à 70 0/0 le nombre des anormaux parmi les délinquants. Heuyer et Mlle Badonnel ont élevé cette proportion à 87 0/0.

Nous avons examiné 52 adolescents dont 12 à l'asile et 40 à la prison : 2 seulement sur ces 40 nous ont paru normaux, soit 5 0/0, contre 95 0/0 d'anormaux.

Ces divergences s'expliquent facilement par l'âge des prévenus en examen : nos sujets sont presque tous des jeunes gens, ceux des statistiques précédantes sont des enfants. On conçoit que, plus les sujets examinés sont jeunes, et par là même moins aptes à saisir l'importance de la faute et à éprouver la crainte de la répression, moins il est nécessaire qu'ils s'éloignent de la normale pour commettre un délit.

Heuyer indique encore que, parmi les enfants vagabonds

qu'il a examinés, il a noté, sur 250 cas, la proportion suivante :

Causes sociales (facteur le plus en évidence) 20 0/0
Causes psychiatriques 80 0/0

Nous avons dit que nous avions trouvé 95 0/0 de causes pathologiques. Mais le plus souvent, ces causes nous ont paru insuffisantes et seulement prédisposantes. Dans un grand nombre de cas, il est facile de mettre en évidence des causes sociales, qui jouent le rôle de facteur secondaire, mais déterminant. C'est ainsi que nous avons constaté 26 fois sur 52 la disparition du père ou de la mère, dont 20 fois celle du père. 10 fois, celui-ci avait été tué à la guerre. Ces chiffres si élevés montrent assez l'une des plus tristes conséquences du fléau, et expliquent en partie la recrudescence de la délinquance infantile. L'abus des mauvais spectacles cinématographiques qui excitent l'imagination des jeunes pervers, la complicité des parents, l'abandon social et moral, l'influence des doctrines révolutionnaires ont été notés. En somme, nous avons rencontré, dans ces causes sociologiques de la délinquance, les défauts inévitables de toute société et de toute époque.

Recherchant l'origine des états mentaux pathologiques de nos jeunes délinquants, nous avons trouvé l'hérédo-syphilis dans la proportion de 75 0/0.

Ce chiffre paraîtra élevé, mais notre diagnostic s'appuie sur des recherches cliniques et biologiques très approfondies. Marcel Pinard a rencontré 50 0/0 de sujets à B. W. + parmi les enfants délinquants. Or, nous avons toujours pratiqué, outre les réactions de Hecht, de Calmette-Massol, de Jacobsthal et de Meinicke, l'examen cytologique, biologique et chimique du L. C. R. et l'exploration du système endocrino-végétatif à l'aide du test de Parisot-Richard.

Si l'on veut bien se reporter au travail remarquable de Heuyer et Mlle Badonnel : l'hérédité des pervers instinctifs, paru dans l'*Hygiène mentale* de juin 1928, on verra quelle importance ces auteurs attachent à l'étiologie hérédo-syphilitique de la délinquance.

Notamment, il est intéressant de voir dans quelle faible proportion les hérédités névro- et psychopathiques (13,7 0/0), alcoolique (6,11 0/0) et tuberculeuse (3,28 0/0) peuvent être invoquées dans la genèse de l'état psychopathique, parmi 669 observations d'enfants anormaux.

L'hérédité des pervers instinctifs parmi lesquels se recrutent d'ailleurs plus tard les criminels et délinquants adultes, n'est pas moins intéressante à observer. Voici les chiffres de Heuyer :

Hérédité	similaire	32
—	syphilitique	18
—	alcoolique	8
—	tuberculeuse	6
—	complexe	11
—	complexe	4
Hérédité sans tare connue		15

Mais dans les 6 cas d'hérédité psychopathique l'hérédo-syphilis était certaine.

Pour nous, l'hérédité similaire, qui peut être d'ailleurs aussi bien qualifiée psycho- ou névropathique, puisqu'elle en est une variété, peut être fréquemment une hérédité syphilitique de 2e ou 3e génération.

Qu'on nous permette d'en citer un cas, qui montre combien cette hérédité similaire peut faire illusion :

M. X... est un pervers instinctif qui a commis plusieurs délits antérieurs et a été arrêté pour vol. Son père et sa mère ont en parfaite santé, mais celle-ci a un frère pervers et une sœur prostituée. Or, le grand-père maternel est mort paralytique général et la grand'mère est tabétique.

Sur 100 pervers, dit Heuyer, 25 sont des hérédo-syphilitiques, mais, ajoute-t-il, ce chiffre est inférieur à la réalité, car nous n'avons tenu compte que des cas à réactions de Wassermann positives.

Nous avons, chez nos 52 délinquants, recherché l'existence possible d'autres hérédités. Nous avons trouvé :

1° *L'hérédité alcoolique:* 12 fois, mais la sérologie était positive 7 fois, 1 fois les antécédents familiaux étaient probants, et 4 fois, il y avait albuminose rachidienne.

2° *L'hérédité tuberculeuse :* 3 fois, mais deux fois B. W. positif et 1 fois lymphocytose rachidienne.

3° *L'hérédité névropathique :* 8 fois, mais 6 fois le B.W. était positif et 2 fois il y avait albuminose rachidienne.

Nous plaçons au premier plan l'hérédo-syphilis dans l'étiologie de la délinquance infantile et juvénile. Il est bien évident que nous aurions pu rencontrer des séquelles d'encéphalite,

de méningite cérébro-spinale, de réactions méningées dues à toute autre infection, et il est certain que le nombre restreint des sujets examinés facilite la loi des séries. Mais comment ne pas être frappés de la prépondérance inouïe de l'infection syphilitique héréditaire?

Il est superflu de tirer de cette brèvè étude des conclusions qui s'en dégagent d'elles-mêmes : la lutte contre la délinquance infantile, contre les psychopathies infantiles, contre la folie et la criminalité doit être étroitement associée à la lutte antisyphylitique, qui en constituera l'un des principaux moyens d'action.

Criminalité sexuelle et alcoolisme

Par MM. J. Rogues de Fursac et L.-M. Caron

Nous ne prétendons pas apporter ici une notion nouvelle. Depuis longtemps en effet, les médecins qui ont eu à s'occuper de la criminalité sexuelle ont été frappés de la fréquence avec laquelle l'alcoolisme s'y rencontre et il est généralement admis que l'alcool joue dans cette forme de criminalité un rôle étiologique non seulement non négligeable mais important. Il nous a paru cependant qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à rechercher, au moyen d'une étude statistique, dans quelle mesure cette impression répond à la réalité. De là cette étude.

Notre matériel statistique nous a été fourni par la pratique médico-légale de l'un de nous. Il se compose de 197 cas. Sur ces 197 cas il y a, comme toujours, un certain déchet: 40 cas se sont montrés inutilisables, l'existence ou l'absence d'une intoxication alcoolique, chez les sujets en cause, n'ayant pu, faute de données suffisantes, être établies d'une façon sûre.

Restent donc 157 cas utilisables.

Sur ces 157 cas, on trouve 66 cas sans alcoolisme et 89 cas avec alcoolisme, soit chronique, soit aigu (ivresse à un degré quelconque), ce qui donne, en pourcentage :

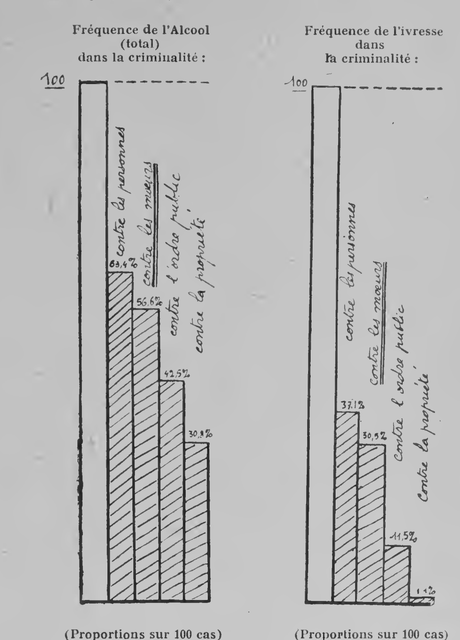
Cas sans alcoolisme	43,3 0/0
Cas avec alcoolisme	56,6 0/0

Par conséquent, dans la criminalité contre les mœurs, plus de la moitié des criminels sont intoxiqués par l'alcool (1).

Si l'on compare, au point de vue de la fréquence de l'alcoolisme, la criminalité contre les mœurs aux autres formes de criminalité (criminalité contre les personnes, criminalité contre l'intérêt et l'ordre public, criminalité contre la propriété), on voit qu'elle occupe le second rang, venant immédiate-

(1) Dans un rapport au 20e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Bruxelles-Liége, août 1910) sur les relations de l'alcoolisme et de la criminalité, MM. Aug. Ley et René Charpentier indiquent comme fréquence de l'alcoolisme chez les délinquants sexuels 50 0/0, chiffre voisin du nôtre.

ment après la criminalité contre les personnes, et non très loin. Voici les chiffres:



(Proportions sur 100 cas) (Proportions sur 100 cas)

	Proportion des alcooliques
Criminalité contre les personnes	63,4 0/0
Criminalité contre les mœurs	56,6 0/0
Criminalité contre l'intérêt et l'ordre public ..	42,5 0/0
Criminalité contre la propriété.............	30,8 0/0

La fig. 1 permet d'apprécier, d'un coup d'œil, la fréquence de l'alcoolisme dans chacune des catégories considérées. La colonne claire représente 100 infractions, les colonnes rayées représentent pour chaque catégorie la proportion d'alcoolisme.

Les chiffres deviennent encore plus démonstratifs, si, au lieu de considérer l'alcoolisme d'une façon globale, on considère séparément l'alcoolisme aigu, c'est-à-dire l'intoxication alcoolique résultant d'excès ayant précédé immédiatement la perpétration de l'acte criminel.

L'alcoolisme aigu se trouve noté dans 48 cas, ce qui, relativement au total de 157 infractions contre les mœurs que comprend notre statistique, donne 30,5 0/0. Autrement dit, l'alcoolisme aigu intervient ici dans près du tiers des cas.

Là encore, la criminalité contre les mœurs n'est dépassée que par la criminalité contre les personnes où la proportion de l'alcoolisme aigu est de 37,1 0/0. Par contre, la criminalité contre l'intérêt et l'ordre public est représentée par un chiffre très faible (11,5 0/0) (1) et la criminalité contre la propriété par un chiffre plus faible encore (1,1 0/0) (v. fig. 2).

Sur les 48 infractions contre les mœurs où l'alcoolisme aigu est noté, 38 concernent une intoxication aiguë superposée à l'alcoolisme chronique et 9 une intoxication aigüe pure, survenue accidentellement chez des sujets habituellement sobres.

Ces 9 cas représentent, relativement à là criminalité totale contre les mœurs, 6,3 0/0, ce qui est un pourcentage sans doute assez faible. Mais ils n'en sont pas moins très instructifs, non seulement parce que l'action criminogène de l'alcool y est évidente, mais aussi parce qu'ils permettent d'entrevoir quelques-uns des facteurs qui la favorisent. Nous résumons chacun d'eux en quelques lignes.

Chamb... Henri, 41 ans, masturbation dans un urinoir. Etait en état d'ébriété au moment de son arrestation. Sujet érotique (trouvé porteur d'un écrit pornographique).

Cho... Stanislas, 52 ans. Paralysie générale. Habituellement abstinent total. Pris deux apéritifs avec un ami vers 6 h. 1/2 du soir. Une heure plus tard, arrêté au Bois de Boulogne se livrant avec une prostituée à des obscénités (onanisme buccal pratiqué par la femme).

Dum... André, 21 ans. Blessé de guerre. Fracture du crâne, perte de l'œil droit, plaie du cou. Ligature de la carotide primitive. Habituellement sobre. Dîner avec des amis dans un restaurant

(1) Cette proportion serait évidemment plus forte, si les poursuites pour ivresse étaient plus fréquentes en France. On sait que la police fait preuve, dans notre pays, d'une extrême mansuétude vis-à-vis des ivrognes, pourvu qu'ils ne se montrent pas trop agressifs.

italien. Bu du Chianti et de l'Asti. Semi-ivresse. A 23 h. 10, entré dans un urinoir avec deux soldats. Masturbe l'un d'eux pendant que l'autre regarde. Les deux soldats partent. Entre un civil. Dum... le masturbe à son tour. Arrêté. Porteur au moment de son arrestation d'un crayon fard rouge et noir, ce qui paraît bien montrer qu'on est en présence d'un homosexuel constitutionnel.

Fr... Jean (âge non noté). Une condamnation à 3 mois de prison, cinq ans auparavant, pour outrage public à la pudeur. Hyperémotif. Habituellement sobre. A un déjeuner avec des amis boit contre son habitude 4 à 5 verres de Bordeaux. Sort du déjeuner « éméché ». Peu après arrêté à l'entrée d'un urinoir, se masturbant et cherchant à se faire voir des passants.

Ma... Nicolas (âge non noté d'une façon précise, 30 ans environ). Atrophie musculaire de nature myopathique. Hyperémotivité. Bu exagérément à un déjeuner d'amis. Après le déjeuner, deux verres de Madère. Ebriété. Exhibitionnisme à l'entrée d'un urinoir.

Pr..., 22 ans. Trépané (blessé de guerre). Habituellement sobre, seulement vin en quantité modérée aux repas. Un soir, prend avant dîner deux vermouths, du vin comme d'habitude au dîner et deux bocks dans la soirée. Arrêté à 22 h. 10 au moment où il se faisait masturber par un autre individu dans un urinoir.

Ren... Claude, 17 ans. Débilité mentale constitutionnelle. Habituellement sobre. Venant de toucher sa paye, boit quelques verres de vin sans manger. Peu après, exhibitionnisme devant deux femmes et une fillette. Propos obscènes : « C'est pour vous... Tiens, c'est pour toi, si tu veux me le sucer. »

Vi... Lucien, 33 ans. Débilité mentale constitutionnelle. Habituellement sobre. Déjeune vers 2 h. de l'après-midi dans un restaurant avec un ami, boit un byrrh, trois demi-setiers de vin rouge et cinq verres de fine. A 4 h. 1/2 de l'après-midi, exhibition avec masturbation à l'entrée d'un urinoir.

Zel... Jean, 33 ans. Polonais, venu en France comme ouvrier agricole. Déprimé, « mal du pays ». Continent depuis des mois. Deux tentatives de viol sur des femmes adultes à une heure d'intervalle (14 h. et 15 h.). Avait bu dans plusieurs débits. Etait ivre au temps des faits. Habituellement sobre. Pas de stigmates d'alcoolisme chronique.

L'exposé succinct qui vient d'être fait de ces 9 cas appelle deux remarques.

Tout d'abord, il est à noter que, chaque fois, il s'est agi non d'ivresse profonde, mais de simple excitation ébrieuse, provoquée par des excès relativement légers. Dans les intoxica-

tions alcooliques aiguës chez les alcooliques chroniques, la situation est un peu différente en ce qui concerne l'importance des excès, la quantité d'alcool absorbé étant parfois considérable. Mais, en règle générale, elle est la même en ce qui concerne le degré d'ivresse : presque toujours, sinon toujours, il s'agit de simple excitation ébrieuse, non de grande ivresse.

Le second fait qui doit ici retenir l'attention est que les 9 délinquants chez qui l'intoxication aiguë, sous forme d'excitation ébrieuse, est seule en cause, étaient des sujets tarés, certains très gravement tarés, au point de vue neuro-psychique : un érotique ; un paralytique général ; deux grands traumatisés du crâne, dont un probablement homosexuel ; 3 déséquilibrés à type hyperémotif ; 2 grands débiles ; un déprimé (mal du pays).

Il semble donc que, en ce qui concerne la criminalité contre les mœurs, l'action criminogène de l'alcool, là où il est le plus facile de la saisir, dans l'excitation ébrieuse pure, ne s'exerce que chez des sujets préalablement anormaux au point de vue neuro-psychique, les anomalies pouvant être de forme et de causes très diverses.

En résumé, les résultats de cette étude peuvent se condenser dans les cinq propositions suivantes :

1° L'alcoolisme en général (chronique ou aigu) est très fréquemment, dans plus de la moitié des cas, associé à la criminalité contre les mœurs.

2° Dans un nombre important de cas (près du tiers) l'infraction est commise au cours d'un état d'intoxication alcoolique aiguë.

3° Dans certains cas, peu nombreux, mais bien dignes de retenir l'attention, parce que remarquablement démonstratifs, l'infraction est commise au cours d'un état d'alcoolisme aigu survenu chez un sujet habituellement sobre, éventuellement abstinent total.

4° Dans les cas où l'intoxication alcoolique aiguë est en cause, il s'agit le plus souvent non d'ivresse profonde, mais de simple excitation ébrieuse.

5° L'action crimonogène de l'alcool, en ce qui concerne la criminalité contre les mœurs, paraît s'exercer à la faveur d'un état neuro-psychique préalablement anormal. Tel est certainement le cas là où il s'agit d'une intoxication aiguë chez un sujet habituellement sobre.

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE

Hôpital psychiatrique et assistance externe
Le service externe de l'établissement psychiatrique municipal « Maasoord » à Rotterdam

Par M. J.-H. PAMEIJER, médecin-directeur

Lorsque en 1928, après le Congrès d'Anvers, une partie des congressistes a fait une excursion en Hollande à l'occasion de laquelle l'établissement de « Maasoord » a eu l'honneur d'être visité par eux, j'ai donné déjà un exposé de notre service externe. Bien qu'il soit paru de cette excursion d'excellents rapports, de la main de M. Courbon dans les *Annales médico-psychologiques* et de M. Porot dans l'*Hygiène mentale* (1), dans lesquelles notre service externe n'a pas été oublié, j'ai cru cependant ne pas faire travail superflu en donnant quelques détails à ce Congrès concernant notre œuvre sociale.

Pour que vous puissiez vous former une notion exacte, il faut savoir que l'établissement « Maasoord » est la propriété de la ville de Rotterdam et qu'on n'y soigne, à part quelques exceptions rares, que des habitants de cette ville, et seulement ceux dont les frais d'hospitalisation sont entièrement ou en partie à la charge de la ville. La ville, n'ayant dans ses hôpitaux qu'un petit nombre de lits pour les malades mentaux, la plupart d'entre eux entrent dans notre service sans avoir passé par un hôpital.

Maasoord a, comme à présent plusieurs établissements dans notre pays, un service ouvert et un service fermé. Les malades

---

(1) COURBON. — *Annales médico-psychologiques*, 86, n° 4, 5.
POROT. — *L'hygiène mentale*, 24, n° 2.

entrent au service ouvert sans qu'il faille accomplir la moindre formalité, mais on ne peut pas les obliger à y rester contre leur volonté.

Pour être admis au service fermé, il faut une autorisation du juge de paix, qui est remise sur une déclaration du médecin. Dans le service fermé on peut garder le malade contre sa propre volonté et même contre celle des membres de sa famille. Dans la pratique, le plus grand nombre d'admissions a lieu au service ouvert. Au service fermé ne sont admis que ceux qui protestent ou qui sont dangereux pour la société et plus tard ceux qui, après observation dans le service ouvert, sont considérés comme des cas chroniques dont le retour dans la société n'est pas possible. Beaucoup de malades ne passent donc pas par le service fermé.

Des deux services il est possible d'accorder une sortie d'essai sans autorisation aucune. Si l'essai ne réussit pas, le malade peut être ramené au service ouvert ou fermé sans la moindre formalité.

Maasoord a en tout 503 places pour femmes et 447 pour hommes, dont 154 places pour femmes et 154 pour hommes forment ensemble le service ouvert. En outre 700 malades mentaux Rotterdamois, dont 200 cas juvéniles, sont soignés dans d'autres établissements, en tout presque 1650 malades mentaux soignés dans des établissements sur une population de 578.000 habitants.

Comme partout ailleurs en Hollande et en Europe il y avait à constater à Rotterdam après la guerre une grande augmentation du nombre de malades mentaux pour lesquels on demanda l'hospitalisation. Afin de satisfaire à ces demandes, le moyen le plus pratique était d'augmenter le nombre des lits dans les établissements existants.

Heureusement, il fallait tenir compte du fait qu'en Hollande existent des ordres rigoureux en égard au nombre des lits permis dans les asiles d'aliénés.

Cependant on a obtenu en 1921 une augmentation modeste, pas suffisante pour arriver à la capacité exigée. Un autre moyen aussi pratique mais coûteux était l'agrandissement et la construction d'établissements.

C'est dans cette situation qu'on s'est demandé si réellement tous ceux qui sont soignés dans les asiles y sont à leur place, et si, par de simples mesures sociales, comme une surveillance intense par des personnes compétentes et un réconfort maté-

riel donné à temps, un grand nombre de malades ne pourraient pas être tenus en dehors des asiles, et même si l'on ne pourrait pas faire partir bien des malades soignés déjà dans des établissements.

C'est entre autres sur la base de ces réflexions que le service psychiatrique social de Rotterdam a été institué en 1926 comme subdivision du service de l'établissement Maasoord, sous le nom de « service externe de Maasoord ».

C'est le service social qui fonctionne en liaison avec le dispensaire et le service de prophylaxie mentale de M. Toulouse à Paris qui m'a servi d'exemple, tandis que j'ai étudié et imité également les services externes qui se sont développés peu de temps après la guerre à un grand nombre d'asiles allemands. Je tiens à vous nommer à ce propos le docteur Kolb, directeur de l'asile provincial à Erlangen près de Nuremberg, le pionnier en matière de services externes annexés aux asiles en Allemagne. De ce que j'ai appris de lui, j'ai mis en pratique beaucoup de choses en instituant notre service social.

Le but de notre service externe est de faciliter la sortie et de veiller lui-même sur les malades quittant l'établissement. Ensuite, de veiller sur ceux qui, sans une sévère surveillance professionnelle et un secours et appui infligés prudemment, souvent aussi sans avis ou conseil à l'entourage, sont menacés d'être hospitalisés. Enfin le souci social de tous les anormaux intellectuels qui s'adressent à notre service. D'un traitement médical dans un sens plus étroit, il n'est donc pas question.

Le commencement du service a été le souci de ceux qui quittèrent Maasoord. Les ex-malades de Maasoord forment maintenant encore le noyau des sujets de notre service externe ; néanmoins, plus tard, un grand nombre d'autres éléments se sont confiés à ses soins. Le fonctionnement du service est comme suit :

Depuis le 1er janvier 1926, plus un malade ne quitte l'établissement sans qu'on n'ait fait l'offre, soit à lui, soit à sa famille de veiller sur lui. Cette offre peut être acceptée ou déclinée. On évite soigneusement toute contrainte. La pratique enseigne cependant que presque tous acceptent l'offre. Le médecin du service externe qui, établi à Rotterdam, est issu lui-même du personnel médical de « Maasoord » et, par conséquent, est complètement au courant des possibilités de traitement, vient une fois par semaine passer un jour entier à Maasoord. A cette occasion, les médecins des différents quar-

tiers lui soumettent les cas susceptibles de sortie. Il va parler aux malades ; il peut ainsi se faire une idée d'eux s'il ne les a pas observés précédemment. Si cela est nécessaire, ce qui arrive assez souvent, leur chemin est déjà aplani avant qu'ils aient quitté l'établissement. Le médecin du service externe va, par exemple, visiter préalablement l'habitation où le malade doit aller ou retourner, examine la couche, etc. Si l'habitation n'est pas dans des conditions satisfaisantes, on ajourne parfois le départ jusqu'à ce qu'on ait trouvé un meilleur logement. Dans bien des cas, cela n'est pas nécessaire et le malade peut partir.

Le lendemain déjà il reçoit la visite du médecin, les jours suivants celle d'une des infirmières, cela aussi souvent qu'il le faut. Le malade, ou si l'on veut l'ex-malade, reste ainsi continuellement sous la surveillance du service. Cette surveillance est exercée avec plus ou moins d'intensité selon le besoin. Il importe surtout de capter la confiance des intéressés et, à cet effet, il faut montrer, bien entendu, beaucoup de tact et une grande prudence. Jamais il ne faut donner l'impression qu'on veut se mêler de tout, au contraire, le malade et sa famille doivent toujours se sentir l'objet d'un intérêt bienveillant. Il faut en venir à ce que les intéressés, si des difficultés se produisent, s'adressent spontanément au service externe. Pour rendre cela possible, on a institué la consultation. La consultation était d'abord tenue une fois par semaine le soir, dans un local d'un des édifices communaux, l'ancien Hôtel de Ville de Rotterdam. Mais en 1927, lorsque le médecin et l'infirmière, puis plus tard une deuxième infirmière durent, par suite de l'accroissement du travail venir s'établir à Rotterdam, nous avons pu mettre la main sur une habitation particulière. Les deux infirmières sont maintenant logées dans cette habitation où il est possible de venir parler au médecin pendant toute la soirée du jeudi ainsi que les autres jours de la semaine. Bien des personnes profitent de cette occasion. Ceux qui n'ont jamais été soignés à Maasoord, mais qui nous sont envoyés, ainsi que ceux qui viennent de leur plein gré, et leur nombre augmente régulièrement, tous sont reçus à la consultation. Là, dans un milieu familial, où rien ne porte le cachet officiel, ils peuvent s'exprimer librement. C'est ainsi qu'un bureau de consultation a pris naissance dans notre service. J'insiste sur le fait que nous n'avons pas commencé par un bureau de consultation, non, le bureau de consultation ne vient qu'en second lieu dans le

développement de notre service. L'essentiel est et reste la visite à domicile. J'ai l'opinion que ce que nous voyons comme psychiatres d'asile, dans la maison de nos malades, est très instructif pour nous. De cette manière nous voyons un grand nombre de nos malades sous un autre aspect et notre jugement sur l'origine et le cours de la maladie s'en trouve modifié. Quant à moi, l'étude plus approfondie des informations anamnestiques et catamnestiques pour lesquelles le service externe fournit la matière m'a déjà appris que, même dans les psychoses que nous connaissons au plus haut point comme autonomes, le moment exogène est un élément de plus grande importance que je ne croyais. A remarquer est l'harmonie de cette conclusion avec les résultats thérapeutiques par le travail. Aussi la possibilité d'exercer une influence sur la soi-disant pychose autonome par des éléments extérieurs paraît bien plus grande qu'on ne supposait autrefois. Tout cela est d'une grande importance. A quoi bon prendre des mesures et créer des possibilités si personne n'en fait usage. Les médecins de l'asile doivent enfin prendre l'initiative de ne pas garder leurs malades plus longtemps qu'il ne faut ; ce sont eux qui doivent être persuadés, convaincus, qu'il peut en être autrement qu'il n'en était jusqu'ici. C'est la tâche du médecin du service externe de convaincre peu à peu ses confrères en attirant continuellement leur attention sur le fait que les malades qu'ils ne croyaient pas en état de rester à la maison peuvent y rester et y être bien plus heureux qu'à l'asile. Car, si bons que soient les soins à l'hôpital psychiatrique et si bonne la situation matérielle de celui qui y est soigné, il y une chose que nous n'y pouvons donner : c'est la liberté, le bien suprême de l'homme.

Notre service externe a maintenant comme personnel un médecin et deux infirmières. Le médecin a une auto à sa disposition. En 1927, notre service externe a prêté son entremise à 695 personnes. En 1928, à 915. Le 31 décembre de cette année se trouvaient 683 personnes sous la surveillance du service. En 1927, 390 cas furent traités à la consultation, en 1928, 405. Les visites faites à domicile par le médecin s'élevèrent à 1216 en 1927 et à 849 (1) en 1928.

---

(1) Le nombre des visites a diminué en 1928 par suite de la mort du médecin qui ne put être remplacé qu'après que'ques mois.

Les visites faites par les infirmières: en 1927, plus de 3.000; en 1928 plus de 4.000.

En outre, furent faites de nombreuses visites chez des patrons, à la Bourse du Travail, à des établissements philanthropiques, et d'autres visites aux intérêts des malades.

Notre service externe est en liaison étroite avec la Société rotterdamoise de protection aux malades nerveux et mentaux. Cette société, fondée également en 1926, s'occupe principalement du placement des personnes, de la distribution de secours en argent et en général de tout ce qui concerne l'œuvre de reclassement. La liaison est entretenue par le médecin du service externe, lequel est membre du bureau de cette société. La société à son tour entretient des relations cordiales avec le service municipal d'assistance pubique, — le directeur de ce service étant le président de la société. Il va s'en dire que les limites des deux sphères d'action se confondent. La société tire ses revenus des cotisations et jouit d'une subvention générale et individuelle de la commune et de la province dans la proportion de 2 : 1 égale à la proportion de la contribution aux frais de ces corps dans l'assistance interne. Cette société a en 1928, depensé un peu plus de 16.000 francs. Les traitements du personnel ne sont pas compris dans cette somme.

Notre service n'existe que depuis 3 ans et demi. Comme il vous apparaîtra clairement, cette œuvre sociale voit s'ouvrir devant elle bien des possibilités qui n'ont pas encore pu être réalisées. Mais, au cours des dernières années, nous nous sommes aperçus que le service avait apporté une importante amélioration au sort de nos malades. Il aura certes, à la longue, une influence favorabe sur la réputation de notre établissement et en général, sur celle de l'assistance psychiatrique. A présent, nous pouvons déjà constater que la durée moyenne de l'hospitalisation dans le service ouvert a diminué chaque année depuis la fondation du service externe, tandis qu'au service fermé, où séjournent, pour la plus grande partie, des cas chroniques ayant peu de chance d'être rendus à la société, le nombre est resté à peu près le même.

Le nombre d'admissions a augmenté depuis la fondation du service externe. Le tableau ci-dessous donne les chiffres des 6 dernières années :

Maasoord	Durée de séjour moyenne		Nombre d'admissions
	Service ouvert	Service fermé	
1923	269 jours	293 jours	189
1924	258 »	300 »	175
1925	221 »	289 »	242
1926	*192* »	*288* »	*313*
1927	*182* »	*289* »	*315*
1928	*171* »	*287* »	*304*

En outre, l'augmentation du nombre des malades mentaux hospitalisés entièrement ou en partie aux frais de la ville de Rotterdam, et qui, dans les années après la guerre, était considérable, a diminué depuis 1926.

Les chiffres suivent ci-dessous :

Furent soignés totalement ou partiellement aux frais de Rotterdam par 1000 habitants :

1919	2.15	1924	2.69
1920	2.17	1925	2.83
1921	2.23	1926	2.76
1922	2.34	1927	2.78
1923	2.55	1928	2.79

Je me réjouis de l'idée que la fondation du service externe y a contribué.

En faisant une comparaison, je puis annoncer que les chiffres pour les autres grandes villes de la Hollande ne sont pas seulement bien plus élevés, mais, dans les dernières années, montrent encore toujours une assez forte progression. Si le souci social pour les malades mentaux émanant de l'hôpital psychiatrique amène, en premier lieu, une amélioration dans le sort des intéressés, entre autres par la correction de l'opinion des médecins de leur condition, en second lieu, c'est une nouvelle institution, qui, naturellement, entraîne avec elle des frais, mais, d'un autre côté, contribue à l'économie sur les frais de l'assistance interne ; les frais de notre service externe en 1929 équivalent aux frais d'hospitalisation de 22 malades dans un asile.

On ne doit pas oublier le fait que notre établissement est une institution communale et que nos malades sont tous originaires de la ville de Rotterdam, ce qui a facilité beaucoup la réussite du service externe de Maasoord.

Je sais très bien que, non seulement en Hollande, mais aussi dans d'autres pays, en bien des endroits, les circonstances sont autres, de sorte que, là, on devra trouver d'autres solutions pour le problème de l'assistance externe. En Hollande, il existe une société centrale de protection aux malades nerveux et mentaux, qui a institué, entre autres, des bureaux de consultation dans bien des villes et des villages du pays.

D'après mon idée, un tel bureau de consultation ne peut être florissant que là où il a un contact avec un hôpital psychiatrique et y emprunte le noyau de ses objets, comme à La Haye.

Je veux ici aussi exprimer mon opinion, que le service social comme annexe de l'hôpital psychiatrique *public,* est à préférer bien particulièrement, à cause de l'action réciproque intensive entre le service interne et le service externe qui y provient, et parce qu'on y arrive à un parallélisme d'intérêts auquel on peut seulement parvenir quand les deux services se trouvent en une main. Cette main est, en outre, celle de l'autorité publique.

***

Le service externe est une nouvelle institution, qui, naturellement, entraîne avec elle des frais, mais, d'un autre côté, contribue à l'économie sur les frais de l'assistance interne : les frais du service externe de Rotterdam équivalent, actuellement, aux frais d'hospitalisation de 22 malades dans un asile.

Depuis la fondation du service externe, la durée de séjour moyenne à l'établissement psychiatrique Rotterdamois a diminué régulièrement, tandis que le nombre d'admissions a augmenté.

En comparaison des chiffres des autres grandes villes en Hollande, la proportion d'hospitalisation d'aliénés de la ville de Rotterdam est très favorable et ne montre, pendant les trois dernières années, qu'une progression peu importante.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

tenue à la Faculté de Médecine de Barcelone le 23 mai 1929

PRÉSIDENCE : MM. LALANNE et GIMENO-RIERA

La parole est donnée à M. René CHARPENTIER, Secrétaire permanent du Congrès.

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, au nom du Comité permanent du Congrès, je dois ici, comme chaque année, jeter un regard rapide sur le passé, le présent et l'avenir de notre Association. Avant de vous exposer notre situation présente et les propositions du Comité permanent pour la session prochaine, j'ai le triste devoir de vous rappeler les noms de ceux des nôtres que nous ne reverrons plus.

La mort, que l'on dit aveugle, que l'on dit cruelle, n'est pas toujours cruelle et n'est jamais aveugle. Elle est indépendante et capricieuse. Elle tient à choisir librement son heure. Et même à nous, médecins, qui le savons si bien, elle veut affirmer toujours que ni la science, ni le talent, ni la jeunesse même, ne sont une assurance contre son absolu pouvoir.

Dans ce Congrès, dont il fut un des fidèles, et où il amenait les siens, le Professeur Sicard ne sera pas oublié. D'autres ont rappelé ses titres et ses travaux. Ce serait ici superflu. Un de ses plus beaux titres n'est-il pas, d'ailleurs, d'avoir été appelé le « médecin de la douleur » ?

Sicard était de ceux qui ne craignent pas la mort, surtout lorsqu'elle est une leçon ou un exemple. La sienne fut la dernière leçon qu'il nous laissa : exemple de sérénité devant l'abandon prématuré d'une tâche inachevée, sérénité due à la conscience du temps bien rempli et du bien répandu.

Dubuisson, un des anciens du Congrès, assista régulièrement à nombre de nos sessions. L'âge de la retraite l'en avait éloigné, mais sa pensée y est restée présente.

Comme Sicard, Dubuisson fut de ceux que nous eussions aimé voir présider nos travaux. Nombreux sont ainsi ceux que la mort nous enlève ou que la maladie éloigne de nous, avant que le rythme de nos sessions annuelles nous permette de les appeler à nous diriger. Ne nous en plaignons pas. Les regrets que nous éprouvons de ne pouvoir leur rendre en temps utile un hommage qu'ils n'ont pas désiré, mais qui leur était dû, ne sont-ils pas la preuve de la présence parmi nous de maîtres et de collègues éminents, parmi lesquels le choix devient chaque année plus difficile, malgré la modestie de tous.

Sans doute, pour montrer l'égalité devant elle de tous les groupements qui composent le Congrès, en même temps qu'un universitaire et qu'un médecin des asiles publics, la mort nous a ravi l'un des nôtres, appartenant aux Maisons de Santé privées. Trepsat, que sa jeunesse aurait pu protéger, alliait à la compétence clinique l'expérience d'une vie consacrée à la thérapeutique. Dans un poste difficile, ses qualités et sa bonté l'avaient fait apprécier de ses malades et de ses collègues. Il fut de ceux qui honorent une profession.

Je dois aussi vous présenter les regrets de ceux de nos membres qui furent empêchés de participer aux travaux de cette session. M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Belgrade a bien voulu nous exprimer les regrets de la Faculté de n'avoir pu déléguer un de ses Professeurs. Enfin, MM. Barré (de Strasbourg), H. Claude (de Paris), H. Colin (de Paris), Em. de Craene (de Bruxelles), O. Crouzon (de Paris), Desloges (de Montréal), Donald Ross (de Lochgilphead), Z. Glorieux (de Bruxelles), G.-W.-B. James (de Londres), Klippel (de Paris), Kline (de Boston), Lagriffe (de Quimper), Raoul Leroy (de Paris), Long (de Genève), Meeus (d'Anvers), Henry Meige (de Paris), O. Noël (de Montréal), Roger (de Marseille), Tournay (de Paris), Wladyczko (de Wilno), m'ont chargé de vous dire leurs regrets de ne pas être des nôtres cette année.

RAPPORT FINANCIER

En l'absence du Dr Meeus, je dois vous donner lecture du compte rendu financier de la 32e session :

Compte rendu financier de la XXXIIe session (Anvers, 23-28 juillet 1928)

présenté par M. le Dr Meeus, *Secrétaire général*

RECETTES

272 membres adhérents à 50 fr.		13.600 »
53 établissements à 50 fr.		2.650 »
117 membres associés à 30 fr.		3.510 »
Subventions :		
Ministère de la Justice (Bruxelles)	20.000 »	
Ville d'Anvers	5.000 »	
Province de Liège	2.500 »	
Province de Luxembourg	500 »	
Expositions, recettes	4.245 »	
	32.245 » francs belges	
soit, en francs français		23.032 14
Subvention du Ministère des Affaires étrangères (Paris)		3.000 »
Total des recettes		45.792 »

DÉPENSES

Soirée du Congrès	11.496 80	
Frais de bureau, timbres, etc.	3.790 35	
Imprimeur Derese	802 25	
	16.089 40 belges	
soit, en francs français		11.492 43
Imprimeur Maulde		246 50
Imprimeur Coueslant		16.147 25
Total des dépenses		27.886 18

Balance

Recettes	45.792 14
Dépenses	27.886 18
Excédent de recettes versé à la Caisse de Réserve du Congrès	17.905 96

Messieurs, que puis-je ajouter à cet exposé ? Le Dr Meeus est le dernier des alchimistes... s'il n'en est pas le premier. Nous lui demanderons, pour en faire usage, le secret de la pierre philosophale, avec laquelle il sait changer en or les sessions de notre Congrès. Elle nous sera souvent utile. Ce succès sans précédent est venu très opportunément étoffer notre caisse de réserve. Je vous propose d'approuver ces comptes et d'adresser au Dr Meeus et à ses collaborateurs les remerciements affectueux de nos yeux éblouis encore du souvenir de l'Hospitalité Flamande, et qui, pour avoir sans doute trop regardé le soleil des Flandres, posent autour de nous des paillettes d'or.

***

Mais une remarque s'impose. Le total général des subventions libéralement attribuées, à la session d'Anvers, par le Gouvernement belge, la province de Liège, la province de Luxembourg et la ville d'Anvers, s'élève à 28.000 francs belges, chiffre rarement atteint jusqu'ici, qui prouve l'intérêt et l'estime accordés par la Belgique à notre Congrès. Que nos amis belges ici présents veuillent bien se charger d'exprimer notre reconnaissance. Nous leur disons : à charge de revanche. En attendant, la plus grande preuve d'affection que nous puissions leur donner, étant leurs éternels obligés, c'est de le savoir et de n'en pas souffrir.

Je ne voudrais pas, je ne pourrais pas terminer ce rappel de la 32e session sans remercier nos collègues hollandais, qui, avec une générosité sans égale, nous ont fait faire, dans ce beau pays, si plein de charme et de douceur, le plus instructif et le plus agréable des voyages d'études. Si tous ont droit à notre gratitude, ils ne m'en voudront pas de prier le Dr Van der Scheer, président de la Société néerlandaise de psychiatrie et de neurologie, qui fut l'organisateur impeccable de ce voyage

de rêve, d'être notre interprête auprès de tous ceux dont l'accueil restera, pour leurs invités, un inoubliable souvenir.

Si le caractère international de notre Congrès avait encore besoin d'une consécration, après Luxembourg, après Bruxelles, après Liège, après Genève, après Lausanne, après Anvers, Barcelone nous offre aujourd'hui ses palais, son ciel et ses sourires de bienvenue. Cette ville, qui est un exemple de tous les modes de l'activité, où l'action est cultivée à l'égal de l'idée, nous accueille en pleine sève bouillonnante, au moment où s'ouvre et s'achève une Exposition dont le succès s'affirme dès la naissance. Notre reconnaissance va à tous ceux qui nous reçoivent ici avec tant de largesse et mettent à notre disposition les ressources sans limites d'une incomparable cité. Notre Président a exprimé hier les remerciements du Congrès. Permettez à votre secrétaire permanent de remercier personnellement, et tout particulièrement ceux à qui le secrétariat est redevable de l'organisation de la 33e session: M. Robert, député, chargé du Département de l'Instruction publique de la province ; M. Bertrand, Directeur de l'Institut français de Barcelone, et enfin, associés dans notre reconnaissance comme ils le furent dans l'œuvre commune, les Drs Emilio Mira et B. Rodriguez-Arias. Je les ai vus à l'œuvre. Avec des méthodes peut-être différentes des nôtres et dans lesquelles le principal rôle est tenu par des facultés inouïes d'improvisation souple, rapide, efficace, pleine de succès, ils réalisent chaque jour des prodiges d'hospitalité, qui nous les font aimer chaque jour davantage.

Nous espérons que les nombreux collègues espagnols qui nous font l'honneur de participer à cette session voudront bien nous suivre dans notre migration annuelle et nous continuer partout et toujours une collaboration scientifique à laquelle nous attachons le plus grand prix.

Permettez-moi d'ajouter une bonne nouvelle : grâce, une fois encore, à l'appui si bienveillant de M. Landry, député de la Corse, ancien ministre, le Ministère des Affaires Etrangères a bien voulu accorder à cette session la subvention de dix mille francs que j'avais demandée en votre nom. J'ai immédiatement adressé à M. Landry, et à Mme le Dr Long-Landry, l'expression de notre reconnaissance.

Il me reste, enfin, un devoir bien agréable à remplir. Pour la deuxième fois, l'an dernier, le Congrès a bien voulu confier à

son secrétaire permanent la mission de le représenter au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, dont la X[e] session eut lieu à Québec, du 5 au 7 septembre 1928. Cette session fut suivie d'une journée psychiatrique, qui se tint le 8 septembre, à la belle Clinique Rouy-Rousseau et à l'Ecole La Jemmerais, dont ce fut la cérémonie d'inauguration. J'ai rendu compte ailleurs (*Annales médico-psychologiques*, février 1929), du grand succès de cette journée psychiatrique, organisée par le D[r] Desloges, Directeur médical général des Hôpitaux psychiatriques de la province de Québec, et des efforts considérables faits dans la province pour l'assistance neuro-psychiatrique. Des hôpitaux modernes spécialisés, pourvus de toutes les ressources diagnostiques et thérapeutiques, témoignent de cet effort et jalonnent les résultats.

S. Exc. l'Honorable Athanase David, Secrétaire provincial, me permettra d'exprimer respectueusement mon admiration pour l'œuvre accomplie sous son ministère, mes remerciements aussi pour l'accueil qu'il a bien voulu faire à deux reprises à votre représentant, et notre reconnaissance infinie d'avoir eu spontanément la délicate et flatteuse pensée de venir en personne représenter son Gouvernement à la 33[e] session de notre Congrès, où il veut bien, chaque année, déléguer des psychiatres de la province de Québec.

ORGANISATION DE LA 34[e] SESSION

Messieurs, votre Comité permanent s'est trouvé, cette année, en présence de nombreuses et très séduisantes invitations, pour le siège de ses prochaines sessions :. Alger, Bordeaux, Lille, Tunis.

Il vous propose d'accepter avec reconnaissance toutes ces invitations (*voté par acclamations*).

Pour des raisons d'opportunité, il vous propose de tenir à Lille, dans la dernière semaine de juillet 1930, la 34[e] session de nos Congrès (*voté par acclamations*).

Constitution du Bureau

Président (de droit) : M. le Professeur Abadie (de Bordeaux), vice-président de la 33[e] session.

Vice-président : M. le D[r] Pactet, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, est élu par 43 voix, sur 44 votants.

Secrétaire général : M. le Dr P. COMBEMALE, Professeur agrégé à l'Université de Lille, est élu secrétaire général.

Les rapports et rapporteurs suivants sont ensuite désignés :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

« Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. »

Rapporteur : M. le Dr LAMACHE, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE.

« Les réflexes de posture élémentaires. »

Par M. le Dr Paul DELMAS-MARSALET, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

3° RAPPORT D'ASSISTANCE

« L'application aux malades mentaux de la loi sur les Assurances Sociales. »

Par M. le Dr CALMETTES, médecin-chef à l'asile de Naugeat (Hte-Vienne).



En terminant, le Secrétaire permanent rappelle aux membres du Congrès de bien vouloir lui adresser au moins un mois avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

M. LALANNE, *Président*, remercie le Secrétaire permanent.

La séance est levée.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Le mardi 21 mai, à 18 h. 30, dans le classique « Salón de Ciento », de l'Hôtel-de-Ville, le Conseil Municipal de Barcelone offrait une réception au Congrès. M. le Dr Navarro Perearnau, représentant M. le Maire, adressa une cordiale bienvenue aux membres étrangers et leur souhaita un agréable séjour ; il les assura du grand intérêt avec lequel la ville de Barcelone suivrait les débats de cette réunion, dans un double aspect : scientifique et humanitaire. « Rien n'est plus terrible que la perte de la santé psychique et rien n'est plus beau que la tâche de la reconquérir. Je vois en mes collègues psychiatres les vrais mécaniciens du progrès social, puisque c'est grâce à eux et à leurs mesures d'hygiène mentale que la Société pourra atteindre, dans l'avenir, un état d'équilibre mental suffisant pour éviter les guerres, les délits et tous les actes antisociaux dont nous nous plaignons à chaque instant de nos jours. »

M. le Président du Congrès, le Dr Lalanne, répondit :

Senor Alcalde,

Je vous remercie de vos souhaits de bienvenue et de l'aimable accueil aménagé à notre Congrès.

Je connaissais Barcelone, mais comme je n'y étais pas revenu depuis de nombreuses années, j'ai été frappé de l'heureuse transformation qui s'est opérée dans une ville si attrayante déjà à tous égards.

Je sais, Señor Alcade, que c'est à votre zèle et à la diligence de votre Assemblée communale que sont dus en grande partie ces heureux résultats.

Je sais aussi que vos efforts en matière d'urbanisme moderne ne vous ont pas fait oublier le prestigieux passé chargé d'histoire qui a laissé à Barcelone des richesses incomparables. Soucieux du patrimoine d'art que vous avez à admi-

nistrer, vous avez veillé à la conservation et à la restauration des plus belles parties de cette « Maison de ville », fondée par le « Conseil des Cent ». C'est ainsi que nous pouvons admirer aujourd'hui les merveilles de l'ancienne façade, de la galerie gothique et de la Loggia du Trentenaire.

Je sais enfin que cette belle et grande ville, dont vous êtes le premier magistrat, a su harmonieusement allier au culte de l'art et de la beauté celui des hautes vertus de bienfaisance.

Je n'oublierais pas surtout que vous avez resserré les liens d'amitié franco-espagnole et vous me permettrez de rappeler la cérémonie de solidarité qui eut lieu, le 25 septembre dernier, sur notre ancien front de guerre, à Belloy-en-Santerre, à l'occasion du baptême d'une cloche.

La ville de Barcelone, bienfaitrice de cette ville dévastée, était représentée par MM. Juncadella et Alvarez Olivella, vos adjoints. M. Gacia Comin, premier secrétaire d'ambassade à Paris, assistait à cette fête de famille.

C'est à cette généreuse marraine, à sa Municipalité et à vous, Señor Alcade, que j'adresse l'expression de toute notre gratitude pour votre charmante réception.

Une chaleureuse ovation souligna les derniers mots de l'allocution du Dr Lalanne ; les congressistes eurent l'occasion d'admirer les richesses de l'Hôtel-de-Ville et passèrent au buffet, où un « lunch » délicat les attendait.

Le même jour, à 22 heures, eut lieu une brillante réception, offerte par la Députation Provinciale. MM. les Députés Comte de Figols et A. Robert, représentant le Président, M. le Comte de Montseny, firent les honneurs aux membres du Congrès. Les somptueux salons du Palais Provincial étaient occupés par un nombre restreint d'invités et par les Congressistes ; bientôt un orchestre joua les danses à la mode et jusqu'à deux heures du matin Minerva s'allia à Terpsichore. Le buffet fut splendide.

***

Le mercredi 22 mai, à midi et demi, les congressistes partirent, en autocar, de la Faculté de Médecine, pour monter jusqu'à l'Hôtel Florida du Tibidabo et assister au déjeuner qui leur était offert par la Municipalité. A la table présidentielle prirent place, à côté des délégués étrangers et des Présidents et Vice-Présidents du Congrès : MM. les Conseillers munici-

paux Useros, Barrie et Martino. Au nom de la Municipalité, M. Useros prononça un brillant « toast » et exprima les vœux de la ville de Barcelone pour la croissante prospérité de ce Congrès. M. le D[r] Lalanne le remercia en ces termes, au nom des congressistes :

Mesdames,
Messieurs,

Mes premières paroles seront des remerciements, que j'adresse, bien sincèrement, à la Municipalité de la ville de Barcelone, pour sa large et magnifique hospitalité.

Je suis sûr d'être le fidèle interprète de tous en affirmant que nous garderons un inoubliable souvenir d'un accueil si brillant et si cordial.

Est-il possible de choisir un cadre plus joli pour nous recevoir ? La beauté de ce site est tout particulièrement prenante, et on ne peut s'empêcher d'admirer la vision unique du spectacle qui s'offre devant nous.

De la ville s'élève une confuse rumeur, tandis qu'on aperçoit au loin l'eau miroitante de la Méditerranée, relevée comme un mur jusqu'à la ligne bleue d'horizon.

Le port, couché en rond aux pieds de sa souveraine, rappelle que Barcelone n'est pas seulement une parure des plus brillantes, en même temps qu'un foyer d'activité intellectuelle et scientifique, mais encore l'un des centres industriels et commerciaux les plus prospères du monde entier.

Dans un cadre naturel, où survivent harmonieusement toutes les grâces de jadis, elle développe l'activité réalisatrice la plus intense et la plus moderne.

C'est une ancienne ville qui ne sent pas la vieillesse et où tout rappelle, au contraire, la vigueur d'une robuste constitution.

Encore une fois, Señor Alcalde, nous sommes profondément touchés par les attentions répétées dont nous sommes l'objet de la part de la municipalité dont vous êtes l'éloquent porte-parole.

Nous savions, en venant ici, que nous allions voir de très belles choses, dans une très belle ville.

Vous y avez ajouté une très belle fête, fête de mai, fête des fleurs et de toutes les fleurs dont vous êtes, Mesdames, le plus brillant bouquet.

Je bois à la ville de Barcelone, à son Alcalde et à ses éminents représentants.

Vive Barcelone !

Dans l'après-midi du même jour, avant la séance scientifique, le Congrès se rendit, toujours en autocars, à Sta Coloma de Gramanet, pour visiter la Clinique Psychiatrique, en construction, de la Députation Provinciale. En l'absence de M. le Dr T. Busquets, malade, qui devait fournir tous les renseignements nécessaires sur cette Clinique, bâtie sous sa direction scientifique, Son Excellence le Comte de Figols, et l'architecte, M. Pericas, donnèrent des explications sommaires sur l'organisation des services ; de plus, on distribua aux membres du Congrès une magnifique brochure, avec les plans et tous les détails sur cette Clinique, qui sera un modèle du genre.

***

Le jeudi 23 mai, à 18 h. 30, eut lieu la réception officielle à l'Université, par M. le Recteur, Dr Eusebio Diaz. Les membres du Congrès eurent l'occasion de visiter la magnifique bibliothèque universitaire et d'admirer une grande quantité de manuscrits et d'incunables, d'une immense valeur historique. MM. les Doyens des Facultés, et presque la totalité des Professeurs de la Faculté de Médecine étaient présents. Son Excellence, le Dr Diaz, adressa une brillante allocution aux membres du Congrès, leur disant qu'ils étaient comme chez eux, puisqu'ils étaient des universitaires et que l'Université est la maison des hommes, qui, dans tous les pays, dédient leur vie au progrès de la culture universelle. M. le Président du Congrès remercia M. le Recteur de l'excellent accueil qu'il avait fait aux congressistes. Un petit orchestre d'étudiants joua quelques morceaux espagnols typiques, pendant qu'on offrait aux assistants un « lunch ».

Le même jour, à 10 heures du soir, l'Association Espagnole des Neuropsychiatres et la Société de Neurologie et Psychiatrie offrait au Congrès un concert de musique espagnole, dans le Salon des fêtes du Cercle Equestre. Dans la première partie, le guitarriste Francisco Alfonso joua avec tout son art les pièces suivantes : *Allegro Brillante,* Tárrega; *Tonadilla,* E. Pujol; *Nocturno,* M. Torroja ; *Fandanguillo,* J. Turina ; *Danza Andaluza,* Granados ; *Serenata Española,* Malats ; *Gran Jota*

Valenciana, Tárrega. Tous les auditeurs ressentirent le charme de cet instrument si typiquement espagnol qu'est la guitare et montrèrent leur enthousiasme pour la façon exquise avec laquelle l'artiste venait d'interpréter ces morceaux. La deuxième moitié du concert était réservée à Mlle Rosaura Coma, qui est sans doute la plus charmante pianiste de la ville. Elle joua d'une façon merveilleuse le *Zapateado,* et *Danza Valenciana,* de Granados ; *Orgia,* de Turina, *Triana,* d'Albeniz et *Danza de la Molinera,* de Falla ; les assistants bissèrent quelques-unes de ces pièces et applaudirent longuement. Finalement, Mlle Concepción Callao, accompagnée au piano par Mlle Magdalena Solé, chanta avec le talent qui l'a rendue célèbre, la *Romance de la Rosa Fresca,* de Fábregas ; *El tra lá lá y el punteado,* de E.Granados ; *Canción del martirio de amor, Canción del fuego fatuo,* de Falla ; *el Retrato,* de Isabela de Vives ; *la Jota,* de Falla et *Lo mejor del amor,* de J. Turina. Ce fut, sans doute, une des plus intéressantes soirées du Congrès.

⁂

Le lendemain, vendredi 24 mai, près de 200 membres du Congrès prirent, à 8 heures du matin, des autocars et automobiles particulières pour se rendre en excursion à Tarragone et à Reus. La route, jusqu'à Sitjes, est une des plus belles de Catalogne ; elle se déroule très près de la mer ; les pentes sont rapides et les virages dangereux, mais, en revanche, les perspectives sont splendides. Le ciel était sans nuage, la mer calme et le soleil brillait intensément. Les excursionnistes admirèrent longtemps la vision de Sitjes, petite plage située à peu près à moitié de chemin, et qu'on appelle « la Blanca Subur » (la Cité Blanche) à cause de la couleur très blanche de ses maisons. Le spectacle de cette ville, qui apparaît brusquement lorsqu'on sort des côtes de Garraff, restera sans doute un des plus agréables souvenirs de ces jours. Vers midi on arriva à Tarragone où le Président de la Députation, le Maire, quelques députés et conseillers municipaux attendaient les excursionnistes. Cette ancienne ville romanique, capitale de la province du même nom, a été appelée le balcon de la Méditerranée ; on admira sa cathédrale et ses murailles ainsi que le port si pittoresque, et l'on reprit la route vers Reus où l'on arriva au début de l'après-midi. Les congressistes ne firent que traverser la ville et se rendirent directement

au bel Institut Psychiatrique de Pedro Mata ; ils y furent reçus par le Conseil Administratif de l'établissement et par le Président espagnol du Congrès, le Dr Gimeno Riera, médecin consultant de cette Institution. Celui-ci prononça, après le déjeuner, le discours suivant :

Messieurs, l'Institut « Pedro Mata » est une fondation particulière, due à l'opiniâtre et féconde initiative du regretté aliéniste, Dr Emilio Briansó y Planas, père de l'actuel directeur résident, Dr José Briansó Salvadó. Le nom de l'Institut est celui d'un très éminent médecin-légiste, ancien professeur à la Faculté de Médecine de Madrid, qui naquit dans la ville de Reus et consacra une grande partie de sa vie et ses ouvrages à l'étude des maladies mentales. L'établissement fut inauguré il y a bientôt trente ans. Il hospitalise aujourd'hui plus de sept cents malades de deux classes ou catégories : des pauvres, dont le séjour est payé par les Conseils Provinciaux correspondants, surtout celui de Tarragone ; et des pensionnaires, dont les familles paient le séjour, à des conditions variables, indiquées au règlement.

Je ne vais vous décrire l'Asile sous aucun de ses aspects ; vous allez le visiter et vous pourrez vous-mêmes apprécier ses installations.

Je dirai seulement qu'il n'a pas la prétention de servir de modèle, bien que, comme le démontre le nombre des malades qu'il reçoit, il remplit une fonction sociale de grande importance. L'établissement, ainsi que plusieurs autres en Espagne, se trouve aujourd'hui en voie de transformation et d'agrandissement, car le nombre toujours croissant des maladies mentales ou, du moins, celui des réclusions, fait que les mesures d'assistance à ce genre de malades sont insuffisantes au point de vue quantitatif.

Quant à la qualité de la dite assistance considérée en général, je dois avouer en rougissant un peu qu'elle n'est point, dans notre pays, ce qu'elle devrait être. Il y a encore, chez nous, quelques asiles d'aliénés qui ne correspondent pas aux exigences scientifiques actuelles. Ceci est dû aux difficultés économiques et, aussi, à la vieille façon de penser, pleine de préjugés, avec laquelle l'Etat envisage ou, pour mieux dire, oublie cette question si importante. En disant ceci, je ne fais nullement allusion au gouvernement actuel, mais à ceux qui nous régissent depuis plusieurs années.

Si on le compare à d'autres asiles espagnols, celui de Reus paraît assez bien pourvu. Ses directeurs sont animés des meilleures intentions. Les travaux et les bâtiments qui viennent d'être exécutés en sont la preuve. Sous peu, le personnel facultatif sera augmenté, ce qui facilitera les investigations et la thérapeutique. Ainsi on continuera la réforme en suivant un plan qui réalisera toutes les améliorations possibles.

Au nom du Conseil d'Administration et des médecins de l'Asile, je vous souhaite la bienvenue et vous prie de recevoir, une fois de plus l'expression de nos sentiments de respectueuse cordialité. L'Institut «Pedro Mata» est très honoré de vous voir dans ses murs et il espère que ces heures d'intimité avec vous donneront un nouvel essor à son avenir.

M. le Dr Lalanne répondit en ces termes :

Senoras y Senores,

Siento una satisfaction en dirigir la palabra à todos los aqui presentes, para expresarles la gratitud de los Congresistas por las atenciones realmente afectuosas y fervientes que nos han tributado durante nuestra estancia en España.

Con mucho gusto lo hago en vuestra bella lengua que me recuerda mi tierra natal, muy proxima, al otro lado de los Pirineos.

Y especialmente, deseo demostrar mi agradecimiento y el de todos : à la diputacion de Tarragona ; al médico Director del Asilo, Dr Briansó, hijo del malogrado fondador de esta Casa ; igualmente a miquerido co-présidente, Dr Gimeno Riera, del cual guardaré siempre un cordial recuerdo.

Y termino levantando mi copa à la salud y a la prosperidad de todos los presentes.

Après le déjeuner, on visita l'établissement sous la conduite des Drs Gimeno Riera, Briansó, Abelló et Vilaseca.

On ne repartit pour Barcelone qu'à 5 heures du soir, parce que la séance de communications était très chargée. Cela fit qu'on refit en pleine nuit la route Sitjes. La lune brillait de toute sa splendeur et, l'atmosphère étant très pure, on pouvait voir magnifiquement les lumières de l'édifice central (Palais National) de l'Exposition de Barcelone. A 22 h. 30 on

se réunit, un peu fatigués, dans le Salon de Fêtes du Grand Hôtel Oriente (où une grande partie des congressistes était logée), pour assister à la soirée offerte par le Président et les membres du Congrès. On eut là des exemples typiques de chants et de danses populaires d'Andalousie. Le spectacle terminé, l'orchestre joua des danses modernes, tandis que l'on servait un nouveau « lunch » et que les plus résistants des congressistes rendaient de nouveau un hommage à Terpsichore.

⁂

Le lendemain, samedi 25 mai, le Congrès avait rendez-vous à 8 h. 30 du matin sur la Place d'Espagne pour prendre part à une excursion, offerte par la Députation Provinciale, à Montserrat, la montagne sacrée où l'on vénère la Vierge la plus aimée des Catalans (appelée « la moreneta » : la brunette). Le temps était plus beau que jamais et l'on put jouir du magnifique panorama qui se déroule au fur et à mesure que l'on monte au Monastère.

Le déjeuner fut splendidemnt servi. Le Président espagnol M. Gimeno Riera, prononça le toast suivant :

Messieurs : Profondément ému, je porte un « toast » au succès, déjà évident, de ce Congrès. Ce succès est dû à la splendide, à la généreuse bonté que la Députation de Barcelone a eue pour ce Congrès. Je la remercie une fois de plus. Ce succès est dû surtout aux bons offices de M. le comte de Montseny, président du Conseil Provincial, de M. Robert, notre cher député, chargé du Département de Culture, et de M. le comte de Fijols.

Et ensuite, Mesdames et Messieurs, je voudrais que mes bras eussent des dimensions énormes pour pouvoir presser d'une seule étreinte tous mes confrères sur mon cœur, dont les battements sont et doivent être ceux de tous les médecins d'Espagne et, particulièrement, ceux de vos confrères espagnols de votre spécialité.

La reconnaissance que nous vous devons, votre galanterie et votre si fervent désir de fraternité m'émeuvent à tel point qu'il m'est difficile de m'exprimer dans votre langue.

Le souvenir des principes déjà lointains, de ma formation scientifique qui fut française, me vient à la pensée : Charcot, le grand Charcot, dans mes premières études, et ensuite Bris-

saud, Joffroy, l'oncle de notre Président, Grasset et Sicaval, qui vient de mourir. Une douce mélancolie envahit mon âme en pensant aux professeurs de ma jeunesse, nobles et inoubliables figures de la Médecine auxquelles je dois les connaissances qui furent le fondement de ma carrière et qui, en même temps éveillèrent chez tous les collègues de ma génération un vif sentiment auquel nous sommes restés fidèles : l'amour et l'admiration pour la France.

Vous êtes les représentants actuels de ces grands hommes ; parmi vous se trouvent leurs dignes successeurs. Je me plais à leur rendre l'hommage de ma plus respectueuse sympathie, aussi dévoué que je le rendais dans ma jeunesse à ceux qui vous ont précédés. Une émotion intense et croissante inspire ces moments inoubliables, où les liens de la Science unissent de plus en plus l'Espagne et les nations auxquelles vous appartenez.

Ces heures nous enorgueillissent, exaltent notre affection et spécialement celle de celui qui, sans qualités intellectuelles suffisantes pour se monter à la hauteur de sa tâche, se voit obligé d'être l'écho de ses compatriotes. Je vous prie donc d'excuser ma brièveté et désire que vous voyez dans mon silence la démonstration d'une amitié que je sens de toute mon âme et que je ne sais pas exprimer.

Messieurs, je porte un « toast » à la Médecine de France et des pays de langue française ; à la prospérité de votre Association ; à vos chères patries si aimées et si admirées par nous ; aux affections que vous avez laissées pour nous visiter. Je désire que vous leur apportiez, avec nos plus distinguées salutations, les meilleurs et les plus beaux souvenirs de notre Espagne.

C'est tout.

M. A. Robert, représentant de la Députation Provinciale prononça quelques mots très touchants à l'égard des Membres du Congrès et remercia le Dr Gimeno Riera de son allusion.

Au retour de Montserrat on se dirigea vers la clinique Psychiatrique de San Baudilio de Llobregat, institution privée dirigée par le Dr Rodriguez Morini ; celui-ci attendait les congressistes avec les Drs Soler Martin, Montal, Morales etc... ainsi qu'avec l'Econome de Los Hermanos de San Juan de Dios. Un groupe de malades joua diverses marches tandis

qu'on se réunissait en petits groupes pour faire la visite de l'établisement. Un peu plus tard eut lieu une séance de communications et l'on servit un splendide « lunch ».

⁂

Le dimanche 26 mai eut lieu la visite officielle de l'Exposition Internationale de Barcelone. A 10 heures du matin, les congressistes se rendirent au Pavillon français ; puis ils traversèrent le célèbre Village espagnol et se réunirent dans le grand Palacio Nacional où se trouvaient les plus belles collections d'objets d'art d'Espagne. La matinée passa vite et il était 13 h. 30 quand les membres du Congrès arrivèrent au Restaurant Miramar pour assister au banquet officiel, offert par le Comité de l'Exposition.

La table présidentielle, quoique très large, était à peine suffisante pour les délégations officielles (nationales et étrangères) ; le banquet fut une digne terminaison du Congrès et, au dessert, tous les assistants échangèrent des manifestations d'amitié et de sympathie internationales, en applaudissant de toutes leurs forces les « toasts » présidentiels et ceux des délégués étrangers, M. le Dr Gimeno Riera, résuma dans l'allocution suivante, l'état d'esprit des aliénistes espagnols présents au Congrès.

Exmos Senores,
. Senoras, Senores Congresistas,

Una vez mas, mi palabra debe llegar a vuestros oidos, quizás cansados de escucharla durante este Congreso cuya Presidencia tuvisteis la bondad de conferirme y que termina con esta fiesta inolvidable.

No sé si lograre deciros en este mi postrero discurso todo cuanto qui siera y debiera expresar. Probablemente, la emoción con que quiero tras mitiros unas ideas que, bien à pesar mio, confunde el sentimiento, habrá de traducirse en unas frases incoloras que no reflejarân, ni aproximadamento, todo aquello que pienso y que diria de no impedirlo mi turbación. No obstante, tengo-y ya veis que lo voy a cumplir a toda costa, aunque estoy bien seguro de que nunca sabreis exactamente, cuán conmovido estoy tengo, digo, el deber, muy penoso de deciros « adios ». Al solo pensamiento de que debemos sepa-

rarnos despues de seis jornadas de colaboración efusiva, una cosa muy honda, muy preciada y querida, parece desgarrarse allá en lo mas recóndido, en lo mas affectuoso de mi sér. Perdonad, pues, mis queridos colegas, lo incoherente y vulgar de mi discurso. Será mi corazón el que va a hablaros. Y el corazón, como una mariposa que ofusca en este caso la luz de vuestras delicadas atenciones, la esplendidez famosa de vuestra ciencia y de vuestra bondad, volara vacilante en mis palabras y, cansada muy pronto, se rendirá impotente con su débil y pobre cuerpecillo extenuado y con las alas rotas.

Recordad, mis queridos colegas, las palabras que dije en mi discurso inaugural : he aqui Barcelona, su exposición magnífica, insuperable, que honra a la Patria y a los que la pensaron y dirijen ; el delicioso pueblo de España, compuesto con fragmentos bien elejidos de todas las regiones ; la pródiga riqueza de sus objetos de arte, que resumen la historia de nuestros tiempos mas gloriosos. He aqui a Barcelona, la ciudad incansable en sus iniciativas prodigiosas que pronto se convierten en increibles realidades. He aqui un trozo, tal vez el mas selecto de nuestra Patria. Honor a los que saben mantenerlo con creciente pujanza, con un aspecto maravilloso, deslumbrador ! Este recinto dentro del cual comienza a celebrase uno de los certámenes mas hermosos del mundo, es algo que merece la admiracion ferviente de todos los que amamos a España, algo de ensueño, algo que hasta la fecha no ha sido superado. La Exposición Internacional de Barcelona, señores congresistas, es « un bello castillo de España », uno de esos castillos creados por la fantasía, y que, por un milagro, se ha materializado. « Châteaux en Espagne » que les llamais vosotros y que ahora explicareis en vuestras residencias respectivas, como una cosa cuyas impresiones son recibidas por nuestros sentidos y en ellos dejan huellas de imperecedera realidad.

Sus organizadores : el presidente prócer y sus colegas de Comité a quienes nadie se atreverá a regatear unos elogios tan merecidos. El mejor modo de que el Congreso les demuestre su inmensa gratitud, es un aplauso unánime y un profundo recuerdo de su obra que ha de ser duradera. Yo me atrevo a invitaros a empezar el primero ; y estoy seguro de que el seguro de que el segundo quedará en vuestras almas para siempre. (*Grandes aplausos*).

He aqui el monte, no hace mucho pelado, y hoy convertido

en un eden. Las flores de su parque difunden sus aromas que el mar y el viento llevan a todos los paises latinos, en besos fraternales que tienen un encanto irresistible (*Aplausos*).

He aqui a las autoridades de la Ciudad. Yo os pido que, con el mas afectuoso respeto, les tributeis el homenaje que han merecido con su labor constante en pró del engrandecimiento de Barcelona. He aqui, en fin, a la Exma. Diputación Provincial y al Exmo. Ayuntamiento, generosos, cultos, siempre propicios para todo aquello que signifique cultura, cortesia y bondad.

Y ahora, señores congresistas, permitidme que diga en el lenguaje que hablan los mas de mis distinguidos colegas un « adios » cariñoso : Je vous désire un bon et heureux voyage et vous prie de revenir ; l'Espagne et Barcelone vous recevront une autre fois avec ses bras ouverts.

Y nada mas, señores congresistas : el 33 Congreso de Alienistas y Neurólogos de Francia y paises de lengua francesa termina aqui. Ha sido un éxito memorable en todos sus aspectos. Y es a Barcelona a quien tal éxito se debe, asi como a vosotros, colegas extranjeros, que lo habeis impulsado con vuestros brillantísimos trabajos. Yo brindo por vosotros, por las muy dignas autoridades que nos presiden, por todas las naciones aqui representadas, por Barcelona y por España.

ALLOCUTION

Par M. l'Inspecteur général J. Raynier

Mesdames, Messieurs,

M. le Doyen Lépine, en vous apportant les vœux des délégués des Ministères français ici représentés : Instruction Publique, Guerre, Marine, Hygiène et Assistance, a traduit éloquemment nos sentiments chaleureux envers ce noble pays,

L'honneur d'avoir été désigné par M. le Ministre de l'Intérieur et par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, pour assister à vos manifestations, me vaut un nouvel honneur : celui de saluer aujourd'hui les présidents, les membres du Congrès et leur famille, et de dire à ses animateurs, aux personnalités et aux

organisations dont l'accueil nous a ravis, notre vive gratitude et notre sincère admiration.

Comment, d'ailleurs, un Congrès d'aliénistes et de neurologistes n'aurait-il pas eu le plus brillant succès sur cette terre chevaleresque et généreuse qui fut le berceau de l'assistance aux aliénés ? L'histoire ne rapporte-t-elle pas, en effet, que le premier asile d'Europe fut fondé en Espagne, tout au début du xv[e] siècle, par des religieux de l'ordre militaire de la Merci?

On a dit tout ce que la neuro-psychiatrie mondiale devait, elle aussi, à l'Espagne, et tout spécialement à l'un des plus illustres de ses fils, l'immortel Ramon y Cajal.

La participation de nos confrères espagnols à vos travaux n'a pas manqué de témoigner, encore une fois, de la belle vitalité de la médecine péninsulaire, de la pénétration de ses vues psychiatriques et sociales et de l'intérêt de nos communions scientifiques.

Par ses remarquables rapports ou communications ; par l'éclat et le charme de ses réceptions ; par les établissements de bienfaisance, les sites, les monuments, qu'il nous a été donné d'admirer ; par l'impression de beauté et de force que nous a laissée la Ville au prodigieux essor ; par la magnifique exposition que nous avons visitée... 1929 marquera dans les Annales de nos sessions.

Nous emporterons dans nos esprits émerveillés et dans nos cœurs fraternels l'inoubliable souvenir de Barcelone, ville lumière, et de son Congrès.

Los delegados de varios ministerios franceses, en nombre de quien, al despedir, acabo de dar las gracias, saludan con profundo respeto à S. M. el Rey.

Vive España ! Vive la hermosa ciudad a quien queremos decir no adios, pero hasta la vista !

Aunque sean cosas de las mas conocidas del mundo, irenos repetitiendo en todas ocasiones : lo que es la ciencia del gran pueblo español, la joya que es Barcelona al prodigioso vuelo, lo que son las marabillas de su universal y luminosa exposicion.

Sirvense Vds, todos los que nos han hecho tan simpatico recibimiento, o tan fraternal acogida, recibir los votos que formulamos, de todo corazon, para que continuyen, en la dicha, sus muy claros sucesos y su manifiesta prosperidad.

***

Après la clôture officielle du Congrès, les fêtes continuèrent encore : dans l'après-midi fut offert aux membres présents un autre Concert de musique espagnole, à « Bonavista », la Maison de Repos, qui se trouve à San Justo Desvern, sous la direction des Drs Pi Suner, Vilardell, Rodriguez et Mira. Le soir, les congressistes furent invités à la soirée que la Colonie française donnait à l'Hôtel Ritz, à l'occasion de la clôture de la semaine française de l'Exposition. Ce fut encore une jolie fête, dans laquelle on dansa, oubliant un peu les angoissants problèmes neuropsychiatriques qui avaient été discutés les jours précédents...

⁂

Pour finir, il faut rendre hommage à l'activité avec laquelle M. et Mme Bertrand — qui dirigent l'Institut Français de Barcelone — rendirent agréable aux dames et demoiselles (membres associés) étrangères le séjour à Barcelone, pendant les séances scientifiques du Congrès.

Avec le plus grand dévouement, M. et Mme Bertrand accompagnèrent l'élément féminin du Congrès dans ses visites aux Musées et Monuments de la ville, organisèrent un thé à l'Institut Français et se tinrent continuellement à la disposition du Secrétariat et des Membres du Congrès pour tout ce qu'ils pouvaient désirer.

⁂

Une cinquantaine de congressistes partirent dès le lendemain, lundi, 27 mai, en excursion aux Iles Baléares.

Voici le récit qu'un des excursionistes, le Dr Jacques Hamel, a fait de cette excursion :

Notre séjour à Barcelone nous avait révélé l'opulence d'une immense cité en plein essor. La somptuosité des réceptions qui nous avaient été offertes n'avait eu de pair que la cordialité de l'accueil de nos confrères espagnols et des autorités de la ville et de la province. Il semblait que notre reconnaissante admiration dût être à son comble : nous ignorions encore la splendeur des Baléares, la beauté de leur ciel et de leurs rivages, la magnifique diversité des richesse de leur sol. Nous n'avions pas non plus songé qu'en ces îles lointaines, que notre imagination nous représentait comme un immense jardin,

prospérait une très grande ville, pleine de souvenirs historiques et de monuments admirables, qui recèle dans les murs de ses instituts, de ses hôpitaux, de ses laboratoires, toute une vie intellectuelle intense et moderne. Nous n'avions pas non plus prévu que l'accueil de nos confrères de Majorque et des autorités locales pût dépasser encore la fraternelle attitude de nos amis de Barcelone, et bien sûr, cela n'était pas possible : mais les travaux du Congrès terminés, nous eûmes le loisir de suivre sans remords un programme où ne figuraient que festins, excursions, plaisirs de toutes sortes. Nous vécûmes aux Baléares une vie moins fiévreuse, où le repos avait sa part, et pendant quatre trop brèves journées, sans cesse au contact de nos bons amis Escalas et Marroig, les distingués médecins aliénistes de Palma, nous pûmes apprécier leurs sentiments vraiment fraternels. Je dis quatre journées, bien que trois seulement fussent prévues, mais les Baléares sont un pays de rêve, un coin de paradis terrestre, qui, comme chacun sait, était quelque part dans l'Orient. C'est pour cela, sans doute, qu'une surprise, digne des Mille et une Nuits, nous y était réservée. Mais n'anticipons pas, et relatons dans leur ordre chronologique les phases de notre séjour aux îles merveilleuses.

En mer ! — La traversée de Barcelone à Palma est longue : 11 heures. C'était, pour beaucoup d'entre nous, le premier voyage sérieux sur la « grande bleue ». Heureusement, le temps était au beau fixe quand nous prîmes place, le lundi 27 mai, à 20 heures 30, à bord du « Mallorca », où notre dévoué secrétaire général, le Dr Mira, nous avait réservé de luxueuses cabines. Il tint à nous accompagner jusqu'au dernier moment et veilla lui-même à l'embarquement. Après quelques instants de conversation sur le pont, la plupart des congressistes gagnèrent leur couchette et la nuit fut bonne pour... presque tous. Au petit jour, les moins paresseux se hâtèrent pour admirer le lever du soleil en pleine mer, mais ils eurent la surprise d'apercevoir déjà Majorque, dont nous devions longer longtemps la côte Ouest, avant de la contourner pour atteindre le port de Palma, au sud de l'île.

A 7 heures, nous entrons dans la magnifique rade de Palma, qui ressemble un peu à la baie de Naples, par sa forme régulière et son ensoleillement radieux

Première journée à l'île Majorque. — Palma. — Nos confrères de Palma sont là, ils nous accueillent avec le plus aimable empressement et nous filons en auto-car à l'Hôtel Méditerranéen, magnifique palace, admirablement placé sur une falaise peu élevée, qui domine toute la rade. Après une courte halte à l'Hôtel, nous regagnons Palma, dont nous entreprenons la visite, sous la direction des Drs Escalas et Marroig.

La ville est belle, propre, blanche, et ne compte pas moins de 90.000 habitants. Nous admirons tour à tour la Lonja (ancienne bourse), d'une architecture médiévale, qui emprunte à l'influence maure un cachet spécial. Les hautes colonnes qui soutiennent la voûte dressent leur torsade élégante, que n'alourdit aucun chapiteau, et s'épanouissent en nervures de pierre qui évoquent le feuillage courbe des palmiers. Puis, c'est la magnifique cathédrale, pur gothique du treizième, dont les piliers très simples, très légers, de coupe octogonale, s'élancent vers une voûte plus élevée que celle de Beauvais. Une clarté intense, en dépit des vitraux coloriés, inonde les nefs. Grâce à l'amabilité de M. le chanoine Hestalrich, qui parle notre langue à la perfection, nous avons le privilège, non seulement d'apprendre l'histoire de la cathédrale, mais d'admirer d'incomparables trésors de métaux précieux et de pierreries, des reliques inestimables, enchâssées d'or et de perles. Nous visitons encore plusieurs beaux hôtels Renaissance, avec leur patio entouré de colonnes de marbre et centré d'un vieux puits, des jardins où voisinent le citronnier et le néflier du Japon, et, seul vestige de l'occupation africaine, les bains maures : c'est une vieille colonnade très sombre, au milieu de laquelle une espèce d'immense amphore permet de prendre un bain... debout, je pense.

Nous suivons des rues étroites, sans trottoir, pavées de dalles irrégulières, qui, par une double pente, ménagent au centre de la rue une dépression par où les eaux doivent s'écouler... quand il pleut, ce qui est fort rare.

Les tramways ont cependant accès à ces rues et leurs rails sont curieusement placés de chaque côté du fossé.

Après une courte visite à l'Hôtel-de-Ville, nous rentrons à l'Hôtel, où nous déjeunons fort bien, puis, en route pour le « Castel Belver », situé tout en haut d'une colline pointue, d'où nous aurons la plus belle vue du port. L'auto-car nous y porte par une route en lacets bordée de maisons à jardinets : le géranium lierre et les bougainvilliers couvrent les murs et

les grilles d'un tapis rose ou d'un manteau de pourpre. Puis la campagne se fait plus sauvage, et ce sont des pins, serrés, touffus et si verts que, de loin, ils évoquent nos forêts de hêtres et de chênes.

Après un arrêt de quelques instants, pour nous permettre de visiter le château, belle forteresse des rois d'Aragon, entretenue en parfait état, nous gagnons en auto-car, à travers de nouveaux jardins, sur une autre colline, la maison de campagne de M. Munett, archéologue distingué et président du syndicat d'initiative de Palma. M. Munett a tenu à nous faire les honneurs de sa gracieuse villa, véritable petit musée, où il a réuni le fruit de recherches qu'il poursuit à Majorque, depuis des années : à chacun de nous, il remet un très bel album contenant les vues des plus beaux sites de l'île et qui sera pour tous un précieux souvenir. Après avoir remercié notre hôte et posé pour un groupe photographique, nous repartons vers la ville, où nous attend une réception officielle. Bien que cela ne figure pas au programme, les autorités de Majorque et nos confrères ont, en effet, eu la délicate attention de nous réunir à l'Hôtel Alphonse-XIII, où un goûter délicieux nous est offert. Son Excellence, Don Pedro Llosas, gouverneur civil des Iles Baléares, préside, entouré des Drs Lalanne et Anglade. Le premier, le Dr José Mir y Peña, président du Collège médical des Baléares, nous souhaite une cordiale bienvenue. Deux autres de nos confrères, le Dr Durich, Directeur de l'Institut d'hygiène, et le Dr Fernando, chirurgien à Palma, celui-ci en français, nous expriment leurs sentiments fraternels et le plaisir qu'ils éprouvent à nous recevoir. Le Dr Anglade, dans une très belle improvisation, leur répond en langue espagnole. Enfin, son Excellence, Don Pedro Llosas, dans une allocution enflammée, rappelle les gloires littéraires et scientifiques de la France, et nous vibrons avec lui des plus purs sentiments de fraternité latine. Après une réponse courtoise à cette allocution, le Président Lalanne nous fait part d'une invitation princière qu'adresse aux 53 congressistes présents à Palma, un grand seigneur argentin, qui, par amour pour les splendeurs de Majorque, et pour attirer les touristes de marque, a entrepris de construire un hôtel dans un des sites les plus beaux, mais les plus sauvages, de l'île : M. Dhiel, qui, d'ailleurs, nous invite surtout parce que nous sommes Français, nous offre à déjeuner chez lui, si nous voulons bien rester un jour aux Baléares. La proposition est tentante et M. Lalanne nous prie

d'y réfléchir, afin de pouvoir lui donner réponse quelques heures plus tard, au dîner. Bien entendu, ce changement de programme va nécessiter des démarches nombreuses : il faudra retenir des auto-cars, demander à la compagnie de navigation de nous réserver des cabines dans le bateau, le lendemain du jour primitivement convenu, sans frais, si possible....., de tout cela, nos amis Escalas et Marroig se chargeront avec allégresse..... si bien que, le soir venu, le plus grand nombre décide d'accepter la belle invitation.

Deuxième journée — Manacor et la Grotte du Dragon. — Après une bonne nuit de repos, la première, certainement, depuis le début du Congrès, nous voici de nouveau réunis, sous la direction du Dr Marroig, pour l'excursion projetée au port de Manacor et la visite des grottes « del Drach ». Nous allons traverser en auto-car, par une route toute droite, la partie méridionale de l'île, d'Ouest en Est. Majorque a une forme générale irrégulièrement circulaire, son étendue est à peu près égale à la moitié de la Corse. Au Nord, court une crête de montagnes abruptes, rocheuses, et dont les sommets dénudés sont très pittoresquement dentelés. Toute la région sud de l'île est couverte d'une riche végétation où dominent le blé et l'amandier, les fruits et les primeurs, et, plus près de la montagne, l'olivier.

Nous traversons plusieurs villes et gros villages, car Majorque est très peuplée (280.000 habitants), et nous arrivons à Porto-Cristo, le port de la ville de Manacor : une rade profonde circulaire, quelques bateaux de pêche, une petite plage de sable fin, sous un soleil radieux, dont les rayons nous brûleront à tous le visage, surtout aux dames. Aussitôt descendus des cars, nous gagnons la grotte « del Drach », où le Français Martel découvrit un admirable lac, et une seconde grotte, dite « des Français », où les merveilles les plus étranges s'offrent à nos yeux étonnés. Nous admirons les colonnes immenses de carbonate de chaux, les innombrables hérissements de stalactites des voûtes, les jeux harmonieux de l'artiste unique qui a créé ces draperies, ces orgues, ces théâtres : la goutte d'eau. Sur le lac profond, d'une limpidité insoupçonnable, car toute vie en est exclue, nous voguons dans de légères embarcations, tandis que nos guides enflamment de longs rubans de magnésium. Après plus d'une heure et demie de cette promenade féérique, nous revenons à la lumière, qui nous aveugle. Après un

abondant déjeuner, très couleur locale, à la fonda Felip, nous prenons le chemin du retour, qui s'effectue sans incident.

A peine revenus à l'Hôtel, nous voilà partis à nouveau, mes collègues Rayneau, Anglade, Lalanne et moi, pour aller visiter l'asile d'aliénés de Palma, situé à quelques centaines de mètres seulement de la ville.

Ce bel asile, de création récente, est l'œuvre de nos amis Escalas et Marroig. Nous ne saurions trop admirer la sûreté de leurs vues et louer l'organisation de leur bel hôpital. Bien des détails ingénieux et pratiques retiennent notre attention, et si nous souhaitons que nos amis Mayorquins viennent à Lille l'année prochaine, c'est seulement pour la joie de les revoir : ils ont su réaliser, avec l'appui avisé et bienveillant de l'Inspecteur provincial de l'Assistance, une œuvre très belle, très complète, et n'ont nul besoin de nos exemples.

Troisième journée. — Soller, le pays des marchands d'oranges. — En route, cette fois vers le Nord : franchie la plaine et les premières collines couvertes d'oliviers ou de pins, nous voilà en pleine montagne. Par moments, nous apercevons la mer, bleu indigo, avec de larges plaques d'opale au pied des roches découpées et abruptes. Puis la route s'enfonce dans les terres, escalade les montagnes grises. Soudain, au fond d'un cercle chaotique, aride, de pics rocheux, apparaît à nos regards surpris une profonde vallée d'un vert sombre : au centre, tout en haut d'un piton bien isolé, un gracieux village est campé. L'odeur des orangers en fleurs nous surprend, puis ce sont les citronniers tout chargés de leurs fruits d'or, les néfliers, les cerisiers, les noyers, les pruniers... toute cette forêt verdoyante n'est qu'un grand jardin, d'une beauté et d'une richesse inouïes. Puis notre route se poursuit, à travers des alternatives de rochers et de jardins semblables et nous atteignons Valdemosa, la célèbre chartreuse où George Sand vécut tout un hiver. On nous fait voir l'église, la chambre de l'écrivain, celle de Chopin, la gracieuse terrasse fleurie, d'où la contemplation des merveilles végétales de Majorque plonge les sens dans un bien-être artistique inexprimable.

Je renonce à décrire ensuite les splendeurs que nous découvrons tout le long des célèbres miradors de l'Archiduc, et la beauté de la brusque descente en lacets sur Soller, la ville des Français ; la plupart des habitants de Soller viennent en France vendre les produits d'Espagne et des Baléares, alors

que ceux d'une ville voisine vont en Amérique. Soller est une charmante petite ville, toute enfouie dans les orangers et les citronniers, et son joli petit port est une crique naturellement et absolument circulaire. Plusieurs d'entre nous, en manière d'apéritif, prennent un bain sur la plage de sable fin, qui est une des rares de cette île aux côtes abruptes.

Nous déjeunons au buffet de la gare, de façon parfaite, puis nous rejoignons Palma, par une route un peu différente, qui nous permet d'admirer, chemin faisant, le domaine de l'Alfabia, avec la gracieuse autorisation de son propriétaire, don José Zafostera. L'Alfabia est une ancienne résidence maure : les bâtiments primitifs ont été modifiés, mais on peut y voir encore un plafond peint et sculpté et de belles colonnades de l'époque mauresque. Mais les bâtiments ne sont que peu de chose ; ce qu'il est difficile de dépeindre, ce sont les immenses jardins, où se confondent les végétations des régions les plus diverses, de la France du centre au sud de l'Algérie, en passant par la Côte d'Azur. L'eau jaillit ici en abondance ; ce ne sont que jets d'eau, vasques, ruisselets qui serpentent, à travers des vergers de cerisiers et d'abricotiers ou sous des oasis de palmiers de toutes les variétés, plusieurs fois centenaires. De longues galeries de vignes ou de bambous nous mènent à de nouveaux vergers, plus beaux encore, où nous croquons quelques « nisperos », ou nèfles du Japon, avec toute la discrétion nécessaire. A la sortie de ce féerique domaine, un jeune Mayorquin nous offre l'eau glacée d'un alcaraza, que nous acceptons de grand cœur.

Rentrés à Palma vers 7 heures, nous assistons à un spectacle devenu bien rare en France : la procession de la Fête-Dieu (Del Corpus). A cause de la foi espagnole et du caractère officiel de la religion catholique, à cause des coutumes locales, aussi, ce spectacle nous intéresse si vivement que nous demeurons jusqu'à la fin, ce qui nous met très tard à notre hôtel.

Et cependant, demain, départ matinal habituel, pour notre dernière excursion, hélas !

Quatrième journée. — Pollensa. Un pique-nique original. — Nous avons successivement pris la direction de l'Est et celle du Nord. Aujourd'hui, pour changer, nous allons au Nord-Est — juste la bissectrice de l'angle Manacor-Palma-Soller. Après une cinquantaine de kilomètres à travers la plaine, d'abord, la montagne ensuite, nous atteignons la mer au petit

port de la ville de Pollensa. Notre hôte, M. Dhiel, et sa toute gracieuse jeune femme nous y attendent. Si quelques-uns de nos camarades ont été forcés de nous quitter la veille au soir, ils sont remplacés par d'autres personnes, notamment par le Dr José Mir y Peña et deux médecins de Pollensa : les Drs Miquel Bisbal et Francisco Sanpol, invités par notre amphytrion. Nous avons le plaisir et l'honneur d'être présentés au célèbre peintre Anglada, qui, depuis de longues années, habite une pittoresque villa au bord de la rade merveilleuse. La baie de Pollensa est, en effet, l'un des sites les plus admirables de Majorque. Tout entourée de rochers abrupts, mais où croissent cependant, sans la moindre apparence de terre, des pins de belle taille, elle dessine un cercle immense et régulier, que ferme presque entièrement la presqu'île de Formentor. Le goulet étroit qui lui donne accès sur la mer libre est encore à demi obstrué par un îlot inculte, l'île Formentera. Un cap rocheux se détache de la presqu'île, dissimule à la vue des riverains la pointe de la presqu'île et l'île elle-même, qu'on ne découvre qu'après avoir doublé ce cap. Aucune route ne permet encore de gagner l'extrémité de Fomenter et c'est là pourtant que M. Dhiel, avec une audace bien américaine et un élan généreux et artistique très espagnol, a entrepris de construire un splendide palace, qui, à ce jour, doit être à peu près achevé.

Nous prenons place dans de petits canots à moteur, qui nous emmènent rapidement vers l'Hôtel. La traversée, cependant, ne dure pas moins d'une heure, et nous avons le loisir d'admirer les rivages, l'eau profonde, d'un bleu sombre, où se dessinent de larges tâches d'émeraude laiteuse ou d'un blanc translucide.

Nous consacrons à la visite de l'Hôtel, d'où le spectacle est d'une beauté incomparable, les quelques instants qui nous séparent du moment du pique-nique que M. Dhiel s'excuse (!) de nous offrir sur le rivage même, à 10 mètres de la mer, sous un pin maritime si grand que son ombre abritera, pendant 3 heures, une table de 53 couverts. Le pique-nique est d'ailleurs un festin succulent et luxueusement servi. Et cela nous paraît d'autant plus original, dans ce cadre entièrement sauvage, d'être ainsi princièrement traités.

Au champagne, quelques mots de remerciements du Président du Collège médical des Baléares suscitent une courte réponse de notre amphytrion, qui déclare avec humour que,

s'il a réuni à sa table tant d'aliénistes, c'est pour se faire absoudre de la folie qu'il pense avoir faite ! C'est au milieu d'une affectueuse cordialité que sonne, hélas, le moment des adieux, et nous regagnons à regret nos places dans les petits canots, qui nous entraînent rapidement vers le port. Longtemps nous acclamons nos hôtes, qui semblent partager nos sincères regrets d'une si brève et si amicale rencontre.

A Mme et à M. Dhiel, à nos chers confrères et amis des Baléares, à nos collègues de l'asile de Palma, nous n'avons pas dit adieu mais « au revoir », et c'est notre souhait le plus cher de les revoir, en effet, sur notre sol de France, qui saura leur réserver l'accueil qu'ils méritent.

TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉLIMINAIRES

II. SÉANCE D'OUVERTURE

III. RAPPORTS ET DISCUSSIONS DES RAPPORTS

A. Rapport de Psychiatrie : Du rôle de l'Hérédo-Syphilis dans l'étiologie des maladies mentales

B. Rapports de Neurologie : Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques

C. Rapports de Médecine légale : les conditions de l'expertise psychiatrique criminelle

IV. COMMUNICATIONS

A. Communications sur l'hérédo-syphilis dans les maladies mentales

B. Communications sur les troubles sensitifs de la sclérose en plaques

C. Communications sur les conditions de l'expertise psychiatrique criminelle

D. Communications diverses

1. Communications de psychiatrie

2. Communications de neurologie

3. Communications de Médecine légale

4. Communication d'Assistance

V

INDEX ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Cahors, Imprimerie Coueslant (*personnel intéressé*). — 40.023